

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3<sup>E</sup> CYCLE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
ALEXANDRA BOISVERT

FACTEURS INDIVIDUELS INFLUENÇANT LA QUALITÉ DE LA  
COMMUNICATION SOCIO-AFFECTIVE AU SEIN DE DYADES MÈRE-ENFANT  
PRÉSENTANT UN DIAGNOSTIC DE TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

AOÛT 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**Cet essai de 3<sup>e</sup> cycle a été dirigée par :**

---

Annie Stipanivic, directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Diane St-Laurent, codirectrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation de l'essai :**

---

Annie Stipanivic, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Carl Lacharité, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

---

Chantal Cyr, Ph.D.

Université du Québec à Montréal

## Sommaire

L'enfant porteur d'un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme (TSA) présente une altération au plan de la communication et des interactions sociales ainsi que des comportements, activités et intérêts restreints et répétitifs. Le niveau de sévérité de ces caractéristiques développementales vient affecter le fonctionnement de l'enfant à divers degrés et par le fait même, détermine son besoin de soutien extérieur. Les parents de ce dernier doivent s'ajuster à cette réalité qui les incombe. La relation qui se développera au fil des années entre la mère et son enfant ayant un TSA sera à la fois teintée par les caractéristiques de l'enfant, mais également par celles de la mère. Peu d'études se sont penchées sur la qualité de la communication socio-affective au sein de la relation mère-enfant ayant un TSA et par le fait même sur les caractéristiques influençant cette relation. La présente étude vise deux objectifs : 1) déterminer si des liens peuvent exister entre le niveau de sévérité des symptômes de l'enfant ayant un TSA, la présence de problèmes de comportements et la qualité de la communication socio-affective mère-enfant atteint d'un TSA et 2) dégager des liens entre la qualité de la communication socio-affective mère-enfant TSA et le stress maternel. Douze dyades mère-enfant porteur d'un TSA ont complété le processus de recherche impliquant la réponse à des questionnaires ainsi que de participer à une période d'interaction filmée. Cette période d'interaction filmée est analysée ensuite à l'aide d'une grille d'observation de la communication socio-affective. À partir des études consultées, il est attendu qu'une plus grande sévérité des symptômes serait associée à une plus faible qualité de la communication socio-affective mère-enfant. Nous pouvons aussi supposer que, tout

comme pour les dyades mère-enfant neurotypique, la présence de problèmes de comportement chez l'enfant serait liée à une moindre qualité de la communication socio-affective chez les dyades mère-enfant avec un TSA. Pour ce qui est du stress maternel, nous posons l'hypothèse qu'une plus faible qualité de la communication socio-affective serait observée lorsqu'il y a un niveau de stress parental élevé chez la mère. Cette étude a établi que la qualité de la communication socio-affective mère-enfant atteint d'un TSA était organisée autour de deux dimensions soit le climat affectif général et les stratégies de communication adoptées par les membres de la dyade. Le niveau de sévérité des symptômes et la présence de problèmes de comportements ne présentent pas de lien avec les deux dimensions. L'âge de l'enfant influence toutefois la qualité du climat affectif générale. Une qualité moindre est observée lorsque l'enfant est plus vieux. Pour ce qui est du stress vécu par la mère, il en ressort que plus la mère présente un niveau de stress élevé plus la dyade adopte de meilleures stratégies de communication lors de l'interaction. Ces résultats soulèvent des considérations intéressantes propres aux dyades mère-enfant ayant TSA. Il est donc pertinent d'en tenir compte lorsqu'il vient le temps de développer des programmes ou de définir des façons d'intervenir auprès de cette clientèle.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	vii
Remerciements .....	viii
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	4
Critères diagnostiques du trouble du spectre de l'autisme .....	5
Communication et interaction sociale.....	7
Comportements, activités et intérêts restreints et répétitifs .....	9
Niveau de sévérité .....	11
Stress parental chez les mères d'enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme .....	12
Relation entre la mère et l'enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme .....	16
Développement de la relation mère-enfant .....	16
Comportement de l'enfant atteint d'un TSA dans sa relation avec sa mère .....	19
Ajustement de la mère à son enfant atteint d'un TSA .....	21
Sévérité des symptômes et problèmes de comportement de l'enfant présentant un TSA et la qualité de la relation mère-enfant .....	23
Stress parentale et la relation mère-enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme .....	26
Objectifs et hypothèses de l'étude .....	28
Méthode.....	31
Participants.....	32
Déroulement.....	35

Instruments de mesure .....	35
Qualité de la communication socio-affective mère-enfant .....	36
Stress parental de la mère .....	37
Problèmes de comportement de l'enfant .....	38
Données socio-démographiques .....	39
Dossier de l'enfant .....	39
Sévérité des symptômes.....	40
Résultats .....	42
Analyses descriptives des variables à l'étude.....	43
Analyses préliminaires .....	45
Analyses principales .....	48
Discussion .....	50
Conclusion.....	60
Références .....	66
Appendice A. Index de stress parental (ISP/FB) forme brève.....	76

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Description de l'échantillon .....	33
2	Données descriptives des variables à l'étude .....	45
3	Matrice factorielle après rotation .....	47
4	Corrélations entre la communication socio-affective mère-enfant et la détresse parentale, les problèmes de comportement et la sévérité du diagnostic.....	49



## **Remerciements**

Cet essai constitue pour moi la fin d'un long processus après plusieurs années de travail. L'aboutissement de ce projet n'aurait pas été possible sans la contribution de nombreuses personnes que je désire remercier. J'aimerais tout d'abord remercier madame Annie Stipanivic et Diane St-Laurent, professeures à l'Université du Québec à Trois-Rivières et codirectrices de cet essai. Elles ont su me guider à travers les différentes étapes de ce projet permettant sa réalisation. Leurs judicieux conseils ainsi que leurs connaissances en la matière ont été d'une aide précieuse. Je souhaite remercier le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme Normand-Laramée ainsi que la Clinique régionale d'évaluation du développement de l'enfant de Lanaudière (CRÉDEL) et particulièrement madame Lisa Ouellet, coordonnatrice, qui a donné de son temps pour la sélection des participants. Par le fait même, je remercie les familles ayant eu la générosité de participer à l'étude. Je remercie également Jasmine Gaudet Boulay, psychologue-neuropsychologue pour l'aide apportée pour la cotation. Enfin, je désire exprimer à mon entourage ma reconnaissance par rapport à leur encouragement et leur soutien tout au long de cette périlleuse aventure. Merci à tous, car sans vous cet accomplissement n'aurait pas été possible.

## Introduction

Au cours des dernières années, nous pouvons remarquer un intérêt grandissant dans la communauté scientifique ainsi que dans la population en général pour les troubles envahissants du développement ou ce qu'il est maintenant convenu d'appeler le trouble du spectre de l'autisme (TSA). Sa prévalence semble augmenter au sein de la population et la détection du trouble s'effectue de plus en plus précocement. Lorsque l'enfant reçoit le diagnostic du trouble, les parents de ce dernier doivent faire le deuil d'un enfant « sain » et s'adapter à cette nouvelle réalité. L'enfant atteint d'un TSA se caractérise par des déficiences majeures et singulières au niveau du développement (Bolduc, 2013) pouvant rendre difficile, entre autres, l'établissement de la relation parent-enfant. Cela peut amener un sentiment d'inadéquation chez les parents. Dans le but de les soutenir dans leur rôle de parent, il serait pertinent de mieux décrire et comprendre les modèles interactionnels propres à la relation parent-enfant présentant un TSA et les facteurs qui ont une influence sur la qualité de cette relation. Cela pourra contribuer à l'élaboration de programmes d'intervention et de services, par la suite. La présente étude se compose de 12 dyades mère-enfant ayant un TSA. Elle a pour objectif d'examiner de façon exploratoire si certains facteurs individuels de l'enfant (niveau de sévérité et problème de comportement) et de sa mère (stress parental) sont associés à la qualité de la communication socio-affective de la relation mère-enfant atteint d'un TSA. L'essai se divise en quatre sections principales. La première aborde les caractéristiques diagnostiques des enfants ayant un TSA, le stress vécu chez la mère et la nature de la

relation mère-enfant. La deuxième partie décrit les participants de l'étude, le déroulement ainsi que les instruments utilisés. La troisième présente les résultats des analyses effectuées sur les données. Enfin, la dernière partie discute des résultats obtenus en lien avec l'objectif de l'étude.

## Contexte théorique

Cette section a pour but de mettre en contexte la problématique de cette recherche en abordant les perspectives théoriques déjà soulevées à l'égard des variables ciblées. Le contexte théorique se divise en six parties. Tout d'abord, les caractéristiques du trouble du spectre de l'autisme et le niveau de sévérité à évaluer sont décrits. Puis, il est question du stress vécu par les mères d'enfant porteur d'un diagnostic de TSA. La relation mère-enfant ayant un TSA est ensuite présentée à travers le développement de la relation mère-enfant, les comportements de l'enfant atteint d'un TSA en relation avec sa mère et l'ajustement de celle-ci dans cette relation. Finalement, la qualité de la relation mère-enfant est mise en lien avec la sévérité des symptômes et les problèmes de comportement de l'enfant présentant un TSA ainsi qu'avec le stress maternel dans un second temps. La dernière partie de cette section précise les objectifs et les hypothèses de l'étude.

### **Critères diagnostiques du trouble du spectre de l'autisme**

En 2013, une nouvelle version du DSM a été publiée soit le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Avec cette édition, l'appellation « trouble envahissant du développement » (TED) ainsi que la nomenclature qui y est rattachée ont subi des modifications.

Dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2003), le TED comprenait les sous-catégories suivantes : l'autisme, le syndrome de Rett, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié (TED-NS). Ces troubles se caractérisaient par des déficiences majeures liées à trois aspects du développement : 1) les comportements, intérêts et activités stéréotypés, 2) l'altération de la communication verbale/non verbale et 3) l'altération des interactions sociales (American Psychiatric Association, 2003). Avec l'arrivée du DSM-V, le trouble envahissant du développement (TED) a été désigné comme étant le trouble du spectre de l'autisme (TSA). Le TSA ne comprend plus de sous-catégories entraînant divers diagnostics. Il tient plutôt compte d'un continuum en lien avec le niveau de soutien nécessaire. Les critères définissant le trouble ont aussi été révisés passant de trois à deux, à savoir la communication et les interactions sociales dans un premier temps, et les comportements restreints, stéréotypés et répétitifs dans un deuxième temps. Les symptômes liés à la communication et aux interactions sociales ont été regroupés étant donné qu'ils sont indissociables l'un de l'autre (American Psychiatric Association, 2013).

Dans la présente étude, afin de respecter cette évolution des concepts, nous utiliserons principalement le terme TSA. Exceptionnellement, la nomenclature du TED pourra être utilisée si cette dernière permet un meilleur éclairage dans les propos notamment en regard des résultats d'études menées avant la publication du DSM-V.

Les prochaines sections détaillent les principales manifestations comportementales associées au TSA.

### **Communication et interactions sociales**

Dans le développement normal, l'enfant neurotypique apprendra comment interagir avec les autres en observant son environnement. Il développera des stratégies et les utilisera par la suite, lui permettant d'entrer en interaction avec son entourage. Il pourra s'agir, entre autres, de gestes, de façons de s'exprimer et d'expressions faciales. En plus de lui permettre de s'exprimer, certaines aptitudes pourront favoriser la lecture de ce qui se passe chez l'autre à travers son langage corporel. Cette capacité à décoder lui permettra de s'ajuster à l'autre, amenant de la réciprocité relationnelle (Haven, Manangan, Sparrow, & Wilson, 2014 ; Philip, 2009).

Dans le cas d'enfants porteurs d'un diagnostic de TSA, des déficits sont présents à ce niveau. Il peut être difficile pour lui d'utiliser les éléments langagiers nécessaires à une bonne communication. Les altérations peuvent se situer tant sur le plan verbal que non verbal. L'enfant peut avoir de la difficulté à s'exprimer, mais également à comprendre ce qui est exprimé par son interlocuteur verbalement et non verbalement (Forde, Holloway, Healy, & Brosnan, 2011). Une absence totale de langage verbal peut aussi être observée. Lorsqu'il y a développement du langage, d'autres anomalies peuvent se manifester par des variations au niveau de l'intonation, du rythme et du volume, donnant parfois l'impression que l'enfant a un accent étranger. Malgré la présence du



langage verbal, les habiletés à initier et soutenir des conversations avec les autres sont déficitaires (Forde et al., 2011). L'enfant entre rarement en relation avec l'autre pour le plaisir d'échanger. La plupart des enfants vont s'engager dans une interaction sociale dans un but utilitaire pour poser une question, demander de l'information ou exprimer une émotion, un besoin (Forde et al., 2011). De plus, la conversation sera souvent dirigée vers ses propres intérêts (Rogé, 2008).

Pour l'enfant qui a peu ou pas développé de langage verbal, il n'y a pas de compensation à l'aide d'autres médiums de communication comme des gestes ou des mimiques que l'enfant neurotypique va développer et utiliser (American Psychiatric Association, 2013). En effet, le langage non verbal est particulièrement déficitaire et ne permet donc pas à l'enfant de pallier ses difficultés sur le plan verbal. L'enfant peut donc avoir de la difficulté à se faire comprendre lorsqu'il fait des demandes et exprime ses besoins, rendant difficiles les interactions avec les autres (American Psychiatric Association, 2013; Rogé, 2008). L'utilisation qui est faite des comportements non verbaux ne place pas l'enfant en relation avec l'autre. La pauvreté du contact visuel et de la gestuelle, la posture et l'absence ou l'exagération d'expressions faciales en sont des exemples. L'enfant peut soit s'isoler par manque de réciprocité émotionnelle ou sociale, rester passif malgré un désir relationnel ou encore rechercher et initier le contact bizarrement (Philip, 2009; Rogé, 2008).

Les jeux symboliques de « faire semblant » ainsi que l'imitation sociale peuvent également être limités ou absents. La rigidité mentale présente chez l'enfant peut rendre les moments de jeu collectif conflictuels ne permettant pas de déroger aux règles établies. En conséquence, il est difficile pour lui d'établir une relation avec des enfants du même âge, mais aussi avec les autres personnes de son entourage comme ses parents (American Psychiatric Association, 2013; Forde et al., 2011; Philip, 2009; Rogé, 2008). Des difficultés à décoder les émotions, les reconnaître ainsi qu'à partager ses pensées et ses sensations font embuche à la relation.

### **Comportements, activités et intérêts restreints et répétitifs**

Nous pouvons observer des comportements, activités et intérêts restreints et répétitifs chez l'enfant ayant un TSA à travers la fascination de ce dernier pour un ou plusieurs objets spécifiques, au détriment des autres. Ces objets sont utilisés dans des activités répétitives. À titre d'exemple, il pourrait s'agir d'agiter une ficelle devant ses yeux ou de transvider à plusieurs reprises du sable et/ou de l'eau. L'utilisation qu'il fait de ces objets peut être inappropriée et se résumer à une préoccupation pour une seule partie de l'objet comme la roue d'une petite voiture qu'il fera tourner. L'enfant est alors entièrement absorbé par l'objet ou la partie d'objet, le rendant ainsi indisponible sur le plan relationnel (American Psychiatric Association, 2013; Bolduc, 2013; Rogé, 2008).

Les intérêts restreints peuvent aussi se situer au niveau des activités recherchées et aimées par l'enfant. L'enfant pourra, par exemple, écouter en boucle le ou les mêmes

films, émissions de télévision ou jouer au même jeu vidéo. Cet intérêt ciblé viendra influencer ses sujets de conversation, se limitant à des contenus précis comme les super héros ou des dates d'évènements. L'enfant parlera de son sujet préféré à répétition connaissant souvent beaucoup de choses par rapport à celui-ci. Il sera difficile pour ce dernier de s'arrêter n'arrivant pas à prendre en considération l'intérêt de son interlocuteur à l'égard du sujet ou de sa disponibilité (American Psychiatric Association, 2013; Rogé, 2008).

Les stéréotypies peuvent également impliquer le corps. Dans ce cas, l'enfant peut par exemple se balancer de l'avant vers l'arrière, bouger ses mains comme un battement d'ailes ou tourner sur lui-même (American Psychiatric Association, 2013; Rogé, 2008). On peut aussi observer des stéréotypies et de la répétition au niveau du langage. Par exemple, l'enfant va répéter la question qui lui est posée au lieu d'y répondre, ou bien il répétera des mots ou des phrases qu'il a entendues dans un film hors du contexte initial. L'enfant peut aussi employer des mots et des expressions qu'il a inventés (Rogé, 2008).

Une rigidité comportementale peut être présente chez l'enfant. Lors de changements dans sa routine ou dans son environnement, il pourra y résister et même devenir anxieux. Par exemple, s'il y a une modification de l'alignement des conserves dans les armoires de la cuisine ou bien si une activité, qu'il fait tous les jours, à la même heure, est remplacée par une autre. Ces changements pourront déclencher des crises (American Psychiatric Association, 2013; Bolduc, 2013; Rogé, 2008).

Des particularités sensorielles font aussi partie du tableau clinique. L'enfant peut présenter une hypersensibilité rendant, par exemple, certaines textures, bruits ou odeurs insupportables pour lui. Un autre, pour sa part, pourra être hyposensible apparaissant indifférent au froid, au chaud et même à la douleur. Ces enfants peuvent être à la fois hyposensible d'un sens et hyper d'un autre (American Psychiatric Association, 2013; Bolduc, 2013; Philip, 2009).

### **Niveau de sévérité des symptômes**

Dans le DSM-V, un nouvel élément à prendre en considération vient étoffer le diagnostic. Il s'agit de déterminer le niveau de sévérité des symptômes. Trois niveaux de sévérité sont proposés soit faible, modéré et élevé pour chaque domaine. Le niveau de sévérité des symptômes s'évalue selon l'intensité du soutien requis par l'enfant pour améliorer son fonctionnement dans les différentes sphères de sa vie. Il varie en fonction du contexte et fluctue dans le temps (American Psychiatric Association, 2013; Bolduc, 2013).

En plus des caractéristiques dominant le portrait, d'autres peuvent se rajouter entraînant de la comorbidité et venant influencer le niveau de fonctionnement. La déficience intellectuelle, l'anxiété, la dépression, les comportements autodestructeurs, les comportements externalisés/internalisés, les problèmes au niveau du sommeil et de l'alimentation en sont des exemples (Abouzeid, 2013; American Psychiatric

Association, 2013). L'âge de l'enfant, son quotient intellectuel, les symptômes associés au diagnostic ainsi que son niveau de langage influenceront ses habiletés relationnelles (Maskey, Warnell, Parr, Couteur, & McConachie, 2013).

L'enfant vivra ses premières expériences relationnelles avec ses figures parentales. La mère est souvent la plus interpellée dans les premières années de vie de l'enfant. Les mères détiennent fréquemment plus de responsabilités dans la prise de soins de l'enfant que le père même si ce dernier s'implique de plus en plus (Lickenbrock, Eskas, & Whitman, 2011). Les particularités comportementales et relationnelles de l'enfant avec un TSA peuvent constituer un défi important pour le parent. Dans le cas des mères d'enfants porteurs d'un diagnostic de TSA, elles vont devoir organiser/planifier davantage le quotidien, prévoir certains incidents afin de réduire de possibles désagréments pour leur enfant et consacrer beaucoup de temps à répondre aux besoins de ce dernier (Courcy, 2013). La prochaine section s'intéresse au stress parental associé au fait d'avoir et de s'occuper d'un enfant avec un TSA.

### **Stress parental chez les mères d'enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme**

Avoir un enfant qui présente un TSA peut être très demandant pour les parents. Les recherches à ce sujet confirment de façon unanime que ces mères sont plus stressées que les mères d'enfants présentant un développement typique (Baker-Ericzen, Brookman-Frazee, & Stahmer, 2005; Dabrowska & Pisula, 2010; Estes et al., 2009, Gau et al., 2012; Hoffman, Sweeney, Hodge, Lopez-Wagner, & Looney, 2009; Ingersoll &

Hambrick, 2011; Johnson, Frenn, Feetham, & Simpson, 2011; Schieve, Blumberg, Rice, Visser, & Boyle, 2007). Elles manifesteraient aussi un niveau plus élevé de stress et de détresse psychologique comparativement à des mères d'enfants présentant des troubles d'un autre ordre comme le syndrome de Down (trisomie 21) ou bien d'autres troubles du développement comme le retard mental ou le trouble du langage (Benaud & Quentel, 2011; Bromley, Hare, Davison, & Emerson, 2004; Dyson, 1997; Estes et al., 2009; Estes et al., 2013; Mugno, Ruta, D'Arrigo, & Mazzone, 2007; Safe, Joosten, & Molineux, 2012; Tomanik, Harris, & Hawkins, 2004).

Ce haut niveau de stress peut être lié à certaines caractéristiques de l'enfant. Il a été établi avec une population d'enfants neurotypiques d'âge préscolaire que la présence d'un fonctionnement déficitaire chez l'enfant était liée à la présence de stress chez la mère (Crnic, Gaze, & Hoffman, 2005). Pour ceux présentant un TSA, les problèmes de comportement (internalisés, externalisés), de communication sociale et le faible degré d'autonomie de l'enfant sont des exemples de stressseurs rapportés par les mères (Baker-Ericzen et al., 2005; Davis & Carter, 2008; Duarte, Bordin, Yazigi, & Mooney, 2005; Estes et al., 2009; Gray, 1998; Hall & Graff, 2011; Hastings et al., 2005; Hoffman et al., 2009; Konstantareas & Homatidis, 1989; Lee, 2009; Maskey et al., 2013; Plant & Sanders, 2007; Rao & Beidel, 2009; Sénéchal & des Rivières-Pigeons, 2009; Shin, Park, Ryu, & Seomun, 2008; Tomanik et al., 2004). Le trouble de sommeil observé chez ces enfants affecte aussi les mères en créant de la fatigue et de l'épuisement pouvant entraîner une augmentation du niveau de stress (Glazzard & Overall, 2012). La plus

grande source de stress serait les problèmes de comportement externalisés et/ou internalisés (hyperactivité/inattention, opposition, anxiété) présents chez ces enfants. Ces comportements problématiques sont rapportés dans certaines études comme entraînant un niveau de stress supérieur chez les mères en comparaison aux déficits développementaux liés au TSA (Estes et al., 2013; Gray, 2002; Hastings et al., 2005; Hoffman et al., 2009; Peters-Scheffer, Didden, & Korzilius, 2012; Sénéchal & des Rivières-Pigeons, 2009). Dans d'autres études, c'est la sévérité des symptômes liés au TSA qui aurait un effet sur le niveau de stress et de détresse de ces mères (Glidden, Bamberger, Turek, & Hill, 2010; Ingersoll & Hambrick, 2011; Zaidman-Zait et al., 2010). Au premier abord, une plus grande sévérité devrait entraîner un niveau de stress et de détresse plus élevé. Toutefois, au moins une étude rapporte que les mères d'enfants Asperger et de haut niveau (qui présentent donc un degré de sévérité moindre) auraient un niveau de stress plus élevé que ceux d'enfants autistes (Mugno et al., 2007). Le niveau intellectuel plus élevé chez ces enfants pourrait ne pas compenser les problèmes de comportement associés au trouble pouvant ainsi avoir un plus grand impact sur le niveau de stress de la mère. Le niveau intellectuel pourrait ne pas venir modérer le stress associé au fait d'avoir un enfant présentant un TSA (Rao & Beidel, 2009). Un grand nombre de recherches portant sur les liens entre les caractéristiques de l'enfant ayant un TSA et le niveau de stress de la mère a été publié (Eskas & Whitman, 2011). Cependant, il ne semble pas encore clair lequel des facteurs entre la sévérité et les problèmes de comportement externalisés/internalisés a le plus d'impact sur le niveau de stress de la mère.

Il a été démontré que le fait d'avoir un enfant plus difficile entraîne plus de stress et amène le parent à lier le stress vécu aux caractéristiques de l'enfant (Kasari & Sigman, 1997). Un haut niveau de stress amènerait également la mère à percevoir son enfant comme étant plus problématique pouvant ainsi former une boucle négative (Crnic et al., 2005; Davis & Carter, 2008). La perception qu'elle a de son enfant pourra aussi avoir un impact sur la perception qu'elle a d'elle-même en tant que parent.

Les mères d'enfant ayant un TSA se percevraient moins compétentes dans leur rôle de parent que les mères d'autres enfants (Rodrigue, Morgan, & Greffken, 1990). Elles se sentiraient comme ne possédant pas les capacités nécessaires pour être un bon parent. Elles se remettraient en question étant donné l'absence de réponse de leur enfant à leurs demandes. Lorsqu'il y en aurait une d'émise, l'aspect déficitaire de la réponse serait confrontant pour elles. Dans ce sens, le manque d'habileté chez l'enfant à s'adapter et à interagir avec son environnement peut être particulièrement difficile à recevoir pour le parent, l'amenant à se sentir inadéquat ou rejeté par ce dernier (Rodrigue et al., 1990; Tomanik et al., 2004).

Au quotidien, les mères ont souvent à concilier la sphère familiale avec celle conjugale et professionnelle. Elles tiennent différents rôles les amenant à avoir diverses obligations à réaliser (Safe et al., 2012). Les tâches reliées à la parentalité changent avec l'âge de l'enfant et elles peuvent représenter une source de stress constante à laquelle les



mères doivent faire face (Crnic et al., 2005; Hoffman et al., 2009). La façon dont la mère réagira au stress affectera son rôle parental, son bien-être et celui de son enfant, en plus d'avoir un impact sur leur relation (Cappa, Begle, Conger, Dumas, & Conger, 2011; Crnic et al., 2005; Glazzard & Overall, 2012). La relation entre la mère et l'enfant avec un TSA est le sujet de la prochaine section.

### **Relation entre la mère et l'enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme**

Nous nous intéressons dans cette section à la relation entre la mère et l'enfant atteint d'un TSA. Nous commencerons par exposer le développement de la relation mère-enfant. Nous poursuivrons avec le comportement de l'enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme dans la relation avec sa mère puis, l'ajustement de la mère à son enfant atteint d'un TSA. Nous terminerons avec la sévérité des symptômes et les problèmes de comportement de l'enfant en lien avec la qualité de la relation mère-enfant.

### **Développement de la relation mère-enfant**

Il est soutenu par plusieurs auteurs qu'il existe une interaction dynamique et constante entre la personne et son environnement (Belsky, 1984; Bronfenbrenner, 2000; Rutter & Sroufe, 2000). La composante bidirectionnelle existant dans la relation parent-enfant, c'est-à-dire que le parent a un impact sur son enfant et vice versa, doit être prise en compte (Bauminger, Solomon, & Rogers, 2010; Sameroff, 2000).

Lorsque nous nous attardons à cette interrelation, nous ne pouvons passer à côté d'un élément majeur soit l'attachement que l'enfant développe pour son parent. L'attachement se définit comme une relation ou un lien affectif qui se bâtit entre l'enfant et une figure d'attachement comme sa mère, son père ou toute autre personne répondant à ses besoins primaires (Bowlby, 1978). L'enfant peut créer plusieurs relations d'attachement. En général, la mère est la figure d'attachement principale. La relation d'attachement qui va se développer entre l'enfant et la mère va être influencée par les expériences interactionnelles quotidiennes qu'ils ont ensemble. Les expériences interactionnelles vécues au sein de la dyade vont pour leur part être influencées par les comportements et caractéristiques de chacun des membres (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1978).

Le développement d'un attachement sécurisant entre l'enfant et le parent repose en grande partie sur les comportements de sensibilité du parent à l'égard de l'enfant (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1970). Ceux-ci affecteront grandement la qualité de l'interaction mère-enfant. La sensibilité parentale se définit par la capacité du parent de bien détecter et interpréter correctement les signaux et besoins de l'enfant et d'y donner une réponse appropriée, rapide, prévisible et chaleureuse (Ainsworth et al., 1970; Ainsworth et al., 1978).

L'enfant en bas âge manifestera par des pleurs, des cris son inconfort. Il signifiera par ce langage non verbal à sa mère qu'un de ses besoins n'est pas répondu. La mère

devra décoder à travers ce langage ce dont son enfant a besoin. Lorsque le besoin de l'enfant est correctement compris et comblé, cela contribuera au développement chez lui d'un lien sécurisant et de confiance envers sa mère. À l'âge préscolaire, le développement de l'enfant lui permet de communiquer verbalement ses intentions, ses désirs ainsi que ses besoins ce qui facilite pour le parent la tâche de détecter et d'interpréter correctement les besoins de l'enfant (Bowlby, 1978; Marvin, 1977).

La démonstration de sensibilité par la mère à l'égard de son enfant peut être difficile lorsque ce dernier a de la difficulté à signaler et communiquer ses besoins, comme dans le cas d'un enfant présentant un TSA (Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, & Yirmiya, 2009; Oppenheim, Koren-Karie, Dolev, & Yirmiya, 2009). À la petite enfance, diverses caractéristiques de l'enfant avec un TSA, comme les activités et intérêts restreints, la pauvreté de contact visuel, l'absence d'imitation sociale, peuvent compliquer la tâche du parent à s'ajuster aux besoins de l'enfant. De même à la période préscolaire, les particularités de l'enfant avec un TSA, comme les déficits langagiers, l'incapacité à manifester ses intentions et ses désirs ainsi qu'en attribuer aux autres, viennent entraver l'interaction observée généralement à cet âge entre la mère et son enfant. Il sera donc plus difficile pour la mère de déchiffrer les signaux de l'enfant.

Malgré tout, l'enfant ayant un TSA, tout comme l'enfant neurotypique, est capable de former un lien d'attachement sécurisant avec sa mère (Dissanayake & Crossley, 1997). Certaines études rapportent cependant que ces enfants seraient plus à risque de

développer un attachement insécurisant et la qualité de l'attachement (sécurisant ou insécurisant) varierait en fonction de la sévérité de leurs symptômes (Naber et al., 2007; Rutgers et al., 2007). Les difficultés de l'enfant dans la communication et l'interaction vont mettre directement à l'épreuve la relation parent-enfant (Benaud & Quentel, 2011; Dolev, Haifa, Oppenheim, Koren-Karie, & Yirmija, 2009).

### **Comportements de l'enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme dans la relation avec la mère**

Les études montrent que la sévérité des symptômes de l'enfant ayant un TSA et le niveau de comportement problématique vont influencer sa réceptivité et son engagement dans la relation avec sa mère (Dolev et al., 2009; Grzadzinski, Luyster, Spencer, & Lord, 2014; Hoffman et al., 2009; Meek, Robinson, & Jahromi, 2012).

Bien qu'une hétérogénéité soit perceptible quant aux habiletés dans la communication et les comportements sociaux chez les enfants porteurs d'un diagnostic de TSA, certains éléments ressortent. Les enfants avec un TSA vont moins répondre et prendre part aux interactions initiées par leur mère en comparaison aux enfants ayant un développement typique (Doussard-Roosevelt, Joe, Bazhenova, & Porges, 2003; Willemsen-Swinkels, Bakermans-Kranenburg, Buitelaar, van IJzendoorn, & van Engeland, 2000). L'enfant présentant un TSA va souvent ignorer ou porter son attention ailleurs lorsque sa mère initie l'interaction. Néanmoins, il peut regarder en direction de sa mère, sourire et vocaliser presque autant que les autres enfants qui n'ont pas de problèmes de développement. La difficulté à utiliser ces modalités comportementales de

manière adaptée fait la différence. Par exemple, le regard va plutôt avoir tendance à être fuyant, car l'enfant a de la difficulté à soutenir le regard lorsqu'on s'adresse à lui (Dawson, Hill, Spencer, Galpert, & Watson, 1990; Kasari, Sigman, Mundy, & Yirmiya, 1988; Philip, 2009). L'enfant présentant un haut niveau de fonctionnement va répondre et s'impliquer davantage dans la relation. Un meilleur développement cognitif et langagier va permettre à l'enfant avec un TSA de mieux comprendre, communiquer et s'engager davantage dans des interactions sociales avec les autres (Naber et al., 2007; Willemsen-Swinkels, Buitelaar, & van Engeland, 1997). Les comportements restreints et répétitifs ont aussi un impact sur la capacité de l'enfant à soutenir une attention partagée durant une période d'interaction libre, par exemple (Hudry et al., 2013). Les réactions et comportements sociaux de l'enfant sont donc influencés par les déficits liés au TSA. Ils tendront également à varier en fonction des comportements de la mère (Dawson et al., 1990; Dissanayake & Crossley, 1997).

Ainsi, il a été observé que lorsque la mère est plus active et sensible durant la réalisation d'une tâche conjointe avec son enfant, ce dernier initierait et répondrait davantage. L'attitude soutenante du parent à l'égard de son enfant viendrait influencer positivement l'engagement de l'enfant dans la relation. Une attitude directive viendrait pour sa part contraindre l'enfant, diminuant ses possibilités de communiquer avec l'autre et d'explorer selon ses intérêts (Hudry et al., 2013; Meirsschaut, Roeyes, & Warreyn, 2011). Certains auteurs rapportent que les comportements sociaux de l'enfant présentant un TSA sont plus adaptés lorsqu'il interagit avec sa mère qu'avec un étranger (Kasari &

Sigman, 1997). Au contraire, d'autres études montrent que ces comportements ne sont pas améliorés de façon significative par la familiarité de la personne avec qui l'enfant est en relation (Meirsschaut et al., 2011). Dans ce cas, il est proposé que c'est l'adaptation des interactions initiées par la personne au trouble de l'enfant qui viendrait améliorer les comportements sociaux de ce dernier.

### **Ajustement de la mère à son enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme**

Dans ses interactions avec l'enfant, la mère d'un enfant avec un TSA doit arriver à composer, par exemple, avec un enfant au tempérament difficile, ayant des problèmes de développement et de santé, dont les réactions sont atypiques et les réponses aux demandes peuvent être absentes ou peu adaptées. Néanmoins, les mères d'un enfant avec un TSA sont capables de répondre de manière sensible aux signaux et besoins de leur enfant de façon équivalente (rapide et adéquate) aux mères d'enfants avec moins de déficits sociaux, mais ayant tout de même d'autres déficiences sur le plan langagier ou intellectuel (van IJzendoorn et al., 2007). Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles parviennent malgré tout à s'adapter au niveau de développement de leur enfant (Watson, 1998).

En effet, les mères d'enfant ayant un TSA vont généralement s'adapter aux particularités de leur enfant dans l'interaction avec lui (Kasari et al., 1988; Willemsen-Swinkels et al., 1997). Il n'y aurait pas ou peu de différences, selon les études, dans la synchronie des mères d'enfants présentant un TSA par rapport à ceux d'enfants ayant un

retard intellectuel ou d'enfants neurotypiques. La quantité des interactions serait semblable à celle des mères d'enfants au développement typique (Doussard-Roosevelt et al., 2003; van IJzendoorn et al., 2007; Watson, 1998). Parmi les différences observées, les mères d'enfants ayant un TSA utiliseraient davantage de contacts physiques pour entrer en relation avec ce dernier et moins d'approches verbales. Lorsqu'elles parlent à leur enfant, elles vont davantage se concentrer sur l'ici et maintenant. Par exemple, elles parlent de ce que l'enfant fait et commentent ce qu'il dit. Cependant, les mères peuvent avoir tendance à compenser les déficits comme le niveau de langage (Meirsschaut et al., 2011). Les mères qui ont un enfant verbal vont poser plus de questions, vont renforcer le langage de l'enfant tandis que celles d'enfants moins verbaux ou non-verbaux vont utiliser plus de directives afin de mieux orienter son comportement. De plus, ces dernières vont davantage renforcer les comportements moteurs et amorcer les activités. Un niveau de fonctionnement supérieur chez l'enfant amènerait les mères à structurer les interactions de façon plus optimale et elles « feraient moins à leur place » que celles d'enfants au fonctionnement de niveau moindre (Doussard-Roosevelt et al., 2003; Kasari et al., 1988).

On constate que les mères d'enfants avec un TSA sourient moins et ne répondent pas aussi fréquemment par un sourire aux sourires de leur enfant que les mères d'enfants n'ayant pas de TSA. Cette inhibition observée chez les mères pourrait s'expliquer par le fait que l'enfant autiste va moins combiner le contact des yeux avec une expression affective comme le sourire (Dawson et al., 1990). Donc, les mères pourraient ne pas

interpréter le sourire de leur enfant comme une façon de leur communiquer quelque chose ou de répondre à ce qui se passe en relation avec elles. Cette interprétation biaisée par les déficits de l'enfant les amènerait à ne pas répondre ou y répondre d'une façon qui n'est pas en accordage avec ce dernier.

### **Sévérité des symptômes et problèmes de comportement de l'enfant présentant un TSA en lien avec la qualité de la relation mère-enfant**

Cela peut constituer un réel défi pour les mères d'enfant avec un TSA de répondre et soutenir leur enfant dans ses intérêts, même si celui-ci présente certaines habiletés de communication (Grazadzinski et al., 2014). Malgré l'ajustement de certaines mères aux déficits de leur enfant, d'autres ne parviennent pas à bien se synchroniser avec ce dernier. Dans ce cas, la mère peut avoir de la difficulté à bien capter les signaux que lui envoie son enfant. Cela pourra amener une absence de réponse ou une réponse inadéquate de la part de la mère (Oppenheim et al., 2009; van IJzendoorn et al., 2007).

Les études ne sont pas consensuelles sur ce qui influence les comportements d'interactions du parent et sa capacité à s'ajuster à son enfant. Certains montrent une association positive entre certaines caractéristiques de l'enfant et la synchronie ou la sensibilité du parent et d'autres non. Les résultats divergent également en ce qui concerne quelles caractéristiques de l'enfant influencent la synchronie et la sensibilité parentale (Dolev et al., 2009; Doussard-Roosevelt et al., 2003; Konstantareas & Homatidis, 1989). On constate que la synchronie des comportements des mères à l'égard d'un enfant verbal et ayant un fonctionnement de haut niveau serait meilleure que celles



de mères d'un enfant non verbal (Doussard-Roosevelt et al., 2003; Konstantareas & Homatidis, 1989). Un meilleur développement verbal et non verbal ainsi qu'un niveau de sévérité plus faible des symptômes favoriseraient la capacité de l'enfant à s'engager davantage dans l'interaction et influenceraient positivement la synchronie de la mère (Hudry et al., 2013). Par contre, d'autres études, qui se sont intéressées à la sensibilité maternelle, montrent que les comportements de sensibilité de la mère ne seraient pas associés à la sévérité des symptômes présents chez l'enfant avec un TSA (Dolev et al., 2009). De ce fait, il serait tout de même possible de manifester de la sensibilité lorsque l'enfant présente des déficits sévères dans l'interaction (Koren-Karie et al., 2009).

Un élément important à considérer concerne la présence ou non de problèmes de comportement chez l'enfant. Chez les enfants neurotypiques, il est observé que les comportements internalisés et externalisés ont un impact sur la qualité de la relation mère-enfant (Bauminger et al., 2010). La présence de ces comportements s'ajoute, dans une grande partie des cas, aux caractéristiques liées à l'autisme amenant le parent à être confronté à de plus grandes difficultés chez son enfant. Les mères d'enfants avec un TSA rapportant leur enfant comme étant plus difficile seraient moins investis dans la relation avec leur enfant (Kasari & Sigman, 1997). Du même coup, l'enfant de parent moins investi serait à son tour moins engagé dans la relation, répondant moins à ce dernier (Dolev et al., 2009; Kasari & Sigman, 1997). De plus, moins grande serait la sévérité des symptômes et plus le niveau de fonctionnement dyadique serait adapté, c'est-à-dire, en l'absence de comorbidité comme des problèmes de comportement, plus

la relation serait perçue par la mère comme étant positive (Benaud & Quentel, 2011). Les caractéristiques du TSA aideraient à prédire la présence d'une moins grande satisfaction chez la mère de ses interactions avec son enfant. Toutefois, une étude rapporte que la sévérité ne serait pas associée à la satisfaction du parent à l'égard de son rôle parental, de son implication auprès de son enfant et de sa communication avec ce dernier (Beurkens, Hobson, & Hobson, 2013). Il est difficile d'établir ce qui a un effet sur quoi. La sévérité des symptômes et la présence de comorbidité semblent néanmoins avoir des répercussions sur l'investissement du parent auprès de son enfant et sur la qualité du lien entre les deux.

Certaines études se sont particulièrement intéressées à la qualité affective relationnelle chez les dyades mère-enfant avec un TSA. Nous pouvons observer la qualité affective relationnelle, entre autres, à travers les interactions réciproques, le plaisir mutuel et les échanges partagés (De Wolf & van IJzendoorn, 1997). La qualité affective des interactions mère-enfant porteur d'un TSA a été rapportée comme étant moindre que celle de dyades impliquant un enfant neurotypique (Beurkens et al., 2013). Les interactions des dyades mère-enfant ayant un TSA seraient moins flexibles, moins sensibles et les comportements d'interaction seraient moins synchronisés à cause des déficits liés à l'autisme (Rutgers et al., 2007). La sévérité des symptômes dont celle du langage est associée négativement à la qualité des interactions mère-enfant observée en période d'activité semi-structurée (Beurkens et al., 2013).

Les caractéristiques de la mère peuvent également jouer un rôle dans la qualité de la relation mère-enfant, particulièrement le stress vécu par cette dernière. La prochaine section se penche sur les liens entre le stress parental et la relation mère-enfant.

### **Stress parental et relation mère-enfant atteint d'un trouble du spectre de l'autisme**

Le stress vécu par la mère est une des caractéristiques venant influencer sa sensibilité à l'égard de l'enfant. Un stress accru tend à diminuer la sensibilité maternelle (Shin et al., 2008). Un manque de sensibilité entraîne souvent chez la mère une lecture erronée des signaux et une interprétation déformée des comportements de son enfant, l'amenant par la suite à ne pas répondre de la bonne manière ou répondre à des besoins n'étant pas présents chez lui (Oppenheim, Koren-Karie, & Sagi, 2001). L'absence de réponse de la mère ou une réponse n'étant pas appropriée par rapport aux besoins et signaux de l'enfant peut créer de l'insécurité chez ce dernier et contrecarrer l'exploration de son environnement. Cette insécurité aura un impact sur son développement social (Meek et al., 2012). Par conséquent, le stress de la mère affectera sa sensibilité ayant à son tour des répercussions sur le développement social de l'enfant (Crnic et al., 2005).

Dans une population normative, une relation dysfonctionnelle est caractérisée par un haut niveau de détresse parentale et des difficultés chez l'enfant entraînant une augmentation des comportements parentaux négatifs qui à leur tour ont un impact sur le comportement de l'enfant (Abidin, 1995). Le niveau de stress vécu par la mère sera associé à un plaisir moindre, une augmentation des conflits ou une distance relationnelle

au sein de la dyade. Le stress chez la mère affectera la qualité de la relation mère-enfant (Crnic et al., 2005).

Au sein de la dyade mère-enfant ayant un TSA, des difficultés chez l'enfant ainsi que de la détresse parentale sont perceptibles. Le haut niveau de stress vécu par ces mères influence les comportements de ces dernières lors d'interaction avec leur enfant (Estes et al., 2009). Un niveau élevé de stress est relié à une communication moins efficace entre la mère et l'enfant, à moins de comportements maternels encadrants et à moins d'implication de la mère dans la relation, tels que mesurés par le biais de questionnaires complétés par la mère (Osborne & Reed, 2010). La détresse psychologique est associée à plus de comportements intrusifs des mères à l'égard de leur enfant TSA durant des épisodes de jeu (Dolev et al., 2009). Des comportements de rejet pourront également être observés en raison de l'indisponibilité affective engendrée par leurs préoccupations par rapport aux difficultés de l'enfant ainsi qu'aux tracas du quotidien (Bauminger et al., 2010). Dans les moments où la mère prend soin de son enfant atteint d'un TSA, le stress va significativement affecter sa capacité à s'adapter aux besoins de ce dernier (Dabrowska & Pisula, 2010). Les difficultés rencontrées lors de la prise de soins en lien avec les aptitudes de la mère, mais également avec les comportements problématiques et déficits de l'enfant vont occasionner à leur tour du stress chez elle (Plant & Sanders 2007).

Bien qu'un certain nombre d'études se soient intéressées au lien entre le stress parental et le comportement des mères à l'égard de leur enfant avec un TSA, sauf erreur, aucune étude n'a examiné d'un point de vue dyadique l'impact du stress parental sur la qualité socio-affective de la relation mère-enfant chez des dyades mère-enfant atteint d'un TSA. De façon générale, peu d'études se sont penchées sur la qualité socio-affective de la relation mère-enfant ayant un TSA et par le fait même sur les caractéristiques influençant cette relation. Ces éléments ont davantage été étudiés et documentés auprès de populations normatives. De ce fait, il serait pertinent de mieux décrire et comprendre les modèles interactionnels propres à la relation parent-enfant présentant un TSA et les facteurs qui ont une influence sur la qualité socio-affective de cette relation.

### **Objectifs et hypothèses de l'étude**

La présente étude poursuit deux objectifs. Le premier est d'examiner les liens pouvant exister entre la communication socio-affective mère-enfant ayant un TSA et 1) le niveau de sévérité du diagnostic de l'enfant porteur d'un TSA et 2) ses problèmes de comportements. Les études consultées se sont principalement attardées à l'association entre les caractéristiques de l'enfant avec un TSA et le comportement des mères (ex. sensibilité et synchronie maternelle). Peu d'entre elles se sont intéressées à la qualité de la communication socio-affective mère-enfant présentant un TSA. Dans un cas comme dans l'autre, les études ne s'entendent pas. Certaines montrent une association entre les caractéristiques de l'enfant ayant un TSA et les comportements de la mère ou la qualité

de la relation et d'autres non. Elles divergent également sur quelles caractéristiques de l'enfant (sévérité des symptômes, problème de comportement) vont influencer les comportements de la mère ou la qualité relationnelle. De ce fait, il peut être difficile de faire des hypothèses sur la base de résultats des études antérieures. Il y a toutefois une certaine tendance nous permettant de présager qu'une plus grande sévérité des symptômes serait associée à une plus faible qualité de la communication socio-affective mère-enfant. De plus, bien qu'il ait été démontré que les problèmes de comportement chez les enfants neurotypiques ont un impact négatif sur la qualité de la communication socio-affective aucune étude, ne s'est penchée sur la question en lien avec une population d'enfant porteur d'un diagnostic de TSA. On pourrait supposer que, tout comme pour les dyades mère-enfant neurotypique, la présence de problèmes de comportement chez l'enfant pourrait être associée à une moindre qualité de la communication socio-affective chez les dyades mère-enfant avec un TSA.

Le second objectif vise également à examiner les liens pouvant exister entre la qualité de la communication socio-affective mère-enfant ayant TSA et le stress maternel. Tel que mentionné précédemment, aucune étude n'a encore porté sur le lien entre le stress parental des mères d'un enfant avec un TSA et la qualité socio-affective de la relation mère-enfant. Toutefois, sur la base des études qui ont montré qu'un stress parental élevé est associé à des comportements maternels moins sensibles à l'égard de l'enfant (davantage de rejet, comportements plus intrusifs), nous posons l'hypothèse

qu'un niveau de stress parental élevé chez la mère sera associé à une plus faible qualité de la communication socio-affective mère-enfant.

## Méthode



Cette seconde section présente la méthode adoptée lors de l'expérimentation. Il y est décrit les participants de l'étude, le déroulement de l'expérimentation ainsi que les instruments de mesure utilisés.

### **Participants**

L'échantillon est composé de 12 dyades mère-enfant avec un TSA qui ont été recrutées par le biais de la Clinique régionale d'évaluation du développement de l'enfant de Lanaudière (CRÉDEL) et du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) Normand-Laramée. Huit garçons et quatre filles âgés de 36 à 84 mois ( $M = 60,58$ ,  $É.T. = 15,83$ ) ont participé à l'étude accompagnés de leur mère. Celles-ci sont âgées de 31 à 44 ans ( $M = 35,92$ ,  $É.T. = 3,90$ ) et présentent un niveau de scolarité allant de 9 à 18 années d'études complétées ( $M = 12,08$ ,  $É.T. = 2,91$ ). La composition des familles est majoritairement biparentale. Seulement une dyade est monoparentale. Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1  
Description de l'échantillon (N=12)

Variables socio-démographiques	<i>N</i>	(%)	
Sexe de l'enfant			
Fille	4	(33,3)	
Garçon	8	(66,7)	
Composition de la famille			
Monoparentale	1	(8)	
Biparentale	11	(92)	
	<i>M</i>	( <i>É.T.</i> )	Étendue
Âge de l'enfant (mois)	60,58	(15,83)	36-84
Âge de la mère (années)	35,92	(3,90)	31-44
Nombre d'années de scolarité de la mère	12,08	(2,91)	9-18

Afin d'être inclus dans l'échantillon, les enfants devaient répondre aux critères suivants : présenter un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme, être âgés de 3 à 7 ans, avoir complété le processus d'évaluation de la CRÉDEL ou du CRDI Normand-Laramée. Les enfants présentant une comorbidité syndromique, un trouble neuro-développemental autre que le TSA ou un retard mental ont été exclus sur la base des informations colligées au dossier médical de la CRÉDEL ou du CRDI Normand-Laramée.

Pour sa réalisation, l'étude a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique à la recherche sur les êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-12-180-06.03) et du Comité central éthique de la recherche du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (CCER-12-13-08). Le recrutement des familles s'est fait par l'entremise de la coordonnatrice de l'établissement (CRÉDEL ou CRDI Normand-Laramée) qui a été mandatée pour cibler les enfants qui correspondent aux critères d'inclusion. Par la suite, la coordonnatrice s'est chargée de contacter les familles, de leur donner des informations générales sur la recherche ainsi que de leur demander leur consentement verbal pour la transmission de leurs coordonnées à l'équipe de recherche. Une fois le consentement obtenu, la responsable du projet a communiqué par téléphone avec les familles intéressées, leur a parlé plus amplement du projet, a vérifié que les familles correspondaient toujours bien aux critères d'inclusion ainsi que leur intérêt à y participer. Elle demeurait disponible pour toute question supplémentaire par téléphone.

Environ vingt-cinq dyades étaient visées lors du recrutement. Dix-huit mères avaient accepté d'être contactées. Treize d'entre elles ont complété le processus. Parmi celles-ci, une dyade n'est pas incluse dans l'échantillon en raison d'un problème d'enregistrement vidéo. Les cinq autres mères ont finalement refusé de participer au projet de recherche au moment de fixer un rendez-vous.

### Déroulement

Les mères ayant accepté de participer à la recherche ont reçu par la poste des questionnaires afin que ces dernières les complètent avant la rencontre planifiée au préalable. Les questionnaires portaient sur les caractéristiques socio-démographiques de la famille, sur les problèmes de comportement (CBCL) ainsi que sur le stress parental de la mère (ISP-Fb). Puis, les mères et leur enfant ont participé à une rencontre (dans les locaux de la CRÉDEL ou au CRDI Normand-Laramée) incluant une période d'interactions mère-enfant de 10 minutes filmée durant laquelle une collation leur était remise ainsi qu'un jeu magnétique pour dessiner ou écrire. Des informations sur le diagnostic de l'enfant et son niveau de fonctionnement ont aussi été obtenues par le biais du dossier de l'enfant à la CRÉDEL ou au CRDI Normand-Laramée.

### Instruments

Cette section présente les instruments de mesure utilisés auprès des participants de l'étude soit la grille d'observation de la communication socio-affective mère-enfant de Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998), l'*Indice de Stress Parental Forme brève* (ISP-Fb) d'Abidin (1995), la *Liste des comportements de l'enfant* version française du *Child Behavior Checklist* de Achenbach et Rescorla (2000), un questionnaire *socio-démographique* ainsi que le *Childhood Autism Rating Scale, Second Edition* (C.A.R.S.-2) de Schloper, Van Bourgondien, Wellman et Love (2010). Les informations contenues dans le dossier de l'enfant à la CRÉDEL ou au CRDI Normand-Laramée ont également été consultées.

### **Qualité de la communication socio-affective mère-enfant**

La qualité de la communication socio-affective mère-enfant a été évaluée durant la période de collation mère-enfant filmée (10 minutes). La grille d'observation de la communication socio-affective des interactions mère-enfant de Moss et al. (1998) a été utilisée pour évaluer les interactions dyadiques. Cette grille évalue l'ouverture émotionnelle, la réciprocité et la fluidité dans les échanges socio-affectifs entre la mère et l'enfant à l'aide de neuf échelles en 7 points (7 signifie une qualité relationnelle optimale, 4 indique une qualité modérée et 1 réfère à une qualité médiocre). Chaque échelle inclut des descriptions de comportements typiques liés à ces points d'ancrage. Néanmoins, tous les points peuvent être utilisés lors de la codification. Les échelles correspondent à des dimensions observables dans les interactions de la dyade, soient la coordination, la communication, les rôles, l'expression émotionnelle, la sensibilité/réponses appropriées, la tension/relaxation, l'humeur et le plaisir. Ces dimensions constituent huit des neuf échelles. La dernière évalue la qualité globale de la communication. La cote attribuée à cette échelle ne dépend pas des scores établis aux autres échelles. Une cote élevée sur l'échelle globale signifie la présence d'interactions très harmonieuses entre les membres de la dyade. Chacun démontre de l'intérêt authentique envers l'autre, a du plaisir dans l'interaction, est sensible à l'autre. De l'autre côté, une faible cote est liée à l'absence de réciprocité, de synchronie et de plaisir au sein de la dyade, peu ou pas d'intérêt envers l'autre, beaucoup de désaccords, de conflits ou de désengagement ainsi qu'un possible renversement de rôle. Cette grille a

été validée auprès d'enfants âgés de 3 à 7 ans et provenant de milieux socio-économiques variés (Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004; Moss & St-Laurent, 2001; Moss, St-Laurent, Cyr, & Humber, 2000).

La codification des dyades a été effectuée de façon indépendante par deux codeurs dûment formés à l'utilisation de cette grille et qui possédaient des connaissances préalables ainsi que de l'expérience de travail de plus de 3 ans auprès d'enfants présentant un TSA. Les cotes respectives ont ensuite été mises en commun et les codeurs se sont entendus par consensus pour déterminer la cote finale à attribuer à la dyade sur chacune des échelles.

### **Stress parental de la mère**

*L'Indice de Stress Parental Forme brève* (ISP-Fb; Abidin, 1995) est constitué de 36 items et il permet d'évaluer le niveau de stress vécu par le parent en lien avec son rôle parental. Ce questionnaire comporte trois échelles composées chacune de 12 items: détresse parentale, interactions parent-enfant dysfonctionnelles et enfant difficile. Le seuil clinique est de 36 et plus pour l'échelle « détresse parentale », 27 et plus pour « interactions parent-enfant dysfonctionnelles » et 36 et plus pour « enfant difficile ». Un score global (représentant la somme des trois échelles) de 90 et plus s'avère clinique. Le questionnaire ISP-Fb a une bonne cohérence interne et des indices de stabilité variant de 0,63 à 0,96 sur une période d'un an (Abidin, 1997). Pour la présente étude, seule l'échelle « détresse parentale » a été utilisée comme mesure de stress parental. Les deux autres échelles, soient l'échelle « interactions parent-enfant dysfonctionnelles » et

l'échelle « enfant difficile », ont été écartées, car elles incluent plusieurs items axés sur les comportements de l'enfant, lesquels sont grandement teintés par les symptômes du TSA. Il apparaît que ces échelles pourraient davantage être le reflet des particularités comportementales propres à l'enfant avec un TSA, plutôt qu'à une évaluation du niveau de stress parental vécu par la mère. Par exemple, l'item 19 (de l'échelle « interactions dysfonctionnelles ») « Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants » ou l'item 21 (de la même échelle) « Mon enfant s'habitue difficilement à de nouvelles choses et seulement après une longue période », ou encore l'item 29 (de l'échelle « enfant difficile ») « Mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas » se rapportent tous à des comportements/situations que nous pouvons nous attendre à rencontrer fréquemment chez les enfants ayant un TSA. Des observations similaires sont aussi rapportées dans l'étude de Zaidman-Zait et al. (2010). Dans cette étude, il est soulevé que certains items des échelles « interactions dysfonctionnelles » et « enfant difficile » ne parviennent pas à établir une bonne distinction entre un haut niveau de stress et un bas niveau de stress chez les parents d'enfants TSA. Les items qui composent le questionnaire ISP-Fb sont présentés dans l'Appendice A.

### **Problèmes de comportement de l'enfant**

La présence de problèmes de comportement chez l'enfant a été mesurée par le biais de la *Liste des comportements de l'enfant*, la version française du *Child Behavior Checklist*. La version préscolaire (CBCL 1½-5ans; Achenbach & Rescorla, 2000) a été

utilisée pour les enfants de moins de 6 ans et la version âge scolaire (CBCL 6-18 ans; Achenbach & Rescorla, 2001) a été utilisée avec les enfants de 6 et 7 ans. Elle a été remplie par la mère de l'enfant. Ce questionnaire, qui possède d'excellentes qualités psychométriques, permet d'évaluer la présence chez l'enfant de divers comportements problématiques. En plus d'un score total de problèmes de comportement de l'enfant, il est aussi possible de distinguer les troubles extériorisés et intériorisés. Le CBCL permet la transformation des scores bruts en scores T et il offre un point de coupure qui identifie les enfants présentant un niveau clinique de problèmes de comportement. Un score T supérieur à 63 est indicatif d'un niveau clinique de difficultés comportementales.

### **Données socio-démographiques**

Un questionnaire *socio-démographique* a également été utilisé pour obtenir des informations socio-démographiques sur la famille (p.ex., revenu familial, niveau d'éducation des parents, nombre d'enfants dans la famille).

### **Dossier de l'enfant**

Il a été demandé aux parents d'avoir accès aux informations contenues au dossier de l'enfant à la CRÉDEL ou au CRDI Normand-Laramée (diagnostic de l'enfant, son histoire développementale et son niveau de fonctionnement) afin de s'assurer que les enfants ciblés correspondent aux critères d'inclusion et pour obtenir des informations sur le niveau de sévérité du diagnostic. Les parents pouvaient en tout temps refuser l'accès au dossier ou à certaines parties du dossier.



### Sévérité des symptômes

Le *Childhood Autism Rating Scale, Second Edition* (C.A.R.S.-2, Schloper et al., 2010) permet d'établir le diagnostic du trouble spectre de l'autisme ainsi que le niveau de sévérité associé. Le CARS comporte 15 items: relations sociales, imitation, réponses émotionnelles, utilisation du corps, utilisation des objets, adaptation au changement, réponses visuelles, réponses auditives, goût-odorat-toucher (réponses et modes d'explorations), peur-anxiété, communication verbale, communication non verbale, niveau d'activité, niveau intellectuel et homogénéité de fonctionnement intellectuel, impression générale. Chaque item est coté sur une échelle de 1 à 4 où 1 représente un fonctionnement normal et 4 un fonctionnement sévèrement perturbé. Des points intermédiaires peuvent également être attribués si le comportement semble se situer entre deux catégories (ex., 2.5 signifie que le comportement est légèrement à moyennement anormal). Pour définir la cote, tous les items sont associés à une description des comportements à observer et des conditions auxquelles l'enfant est censé répondre. L'item 15 « impression générale » consiste en une impression subjective du degré d'autisme à partir des données recueillies dans les 14 items précédents sans effectuer leur moyenne (1 signifie qu'il n'y a pas de symptôme d'autisme, 2 qu'il y a quelques symptômes ou que l'autisme est léger, 3 qu'il y a un certain nombre de symptômes ou que le degré d'autisme est moyen et 4 signifie qu'il y a beaucoup de symptômes ou que le degré d'autisme est sévère). Un score final se situant entre 15 et 60 est également obtenu en additionnant le résultat de chacun des items. Un score inférieur

à 30 ne permet pas d'établir un diagnostic d'autisme. Un résultat supérieur à 37 signifie un diagnostic d'autisme sévère. Les résultats situés entre 30 et 37 représentent, quant à eux, un diagnostic d'autisme de léger à moyen. Le CARS présente une validité et cohérence interne élevée ainsi qu'un indice de stabilité de 0,88 (Rogé, 1989).

Les CARS ont fait l'objet d'une cotation individuelle par chacune des évaluatrices, dans un premier temps. Par la suite, il y a eu consensus entre les deux pour définir les scores finaux. Le questionnaire a été utilisé dans son ensemble pour les enfants de la CREDEL sur la base des dossiers bien documentés de chacun. Pour les autres enfants, le dossier permettait de compléter que l'item 15. De ce fait, seulement l'item 15 a été utilisé pour les analyses.

## Résultats

Cette section comporte trois parties. La première partie présente les analyses descriptives des variables à l'étude. La seconde vérifie, par le biais d'une analyse en composantes principales, si les 9 échelles de la grille de communication socio-affective peuvent être regroupées en un plus petit nombre de variables (facteurs). Les facteurs identifiés par le biais de l'analyse en composantes principales seront utilisés comme mesures de la communication socio-affective mère-enfant dans les analyses subséquentes. Dans cette même partie, des corrélations sont ensuite réalisées pour déterminer si certaines variables socio-démographiques (âge de l'enfant et scolarité maternelle) sont liées aux facteurs résultant de l'analyse précédente. En troisième partie, nous retrouvons les analyses visant à vérifier les hypothèses de recherche concernant les liens entre la qualité de la communication socio-affective mère-enfant et 1) la détresse parentale, 2) les problèmes de comportement de l'enfant et 3) la sévérité du diagnostic.

### **Analyses descriptives des variables de l'étude**

Les statistiques descriptives pour les variables de l'étude sont présentées dans le Tableau 2. Il en ressort que la détresse parentale s'élève à un score moyen de 30,58 (*É.T.* = 7,52). Le niveau de stress moyen des mères de l'échantillon se situe donc dans la normalité. Seulement deux mères de l'échantillon présentent un niveau de détresse parentale au seuil clinique (c'est-à-dire un score supérieur à 35).

Dans cet échantillon, un score T moyen de 66,33 ( $\acute{E}.T. = 10,24$ ) a été obtenu à l'échelle de comportements internalisés. Neuf enfants sur 12 présentent un niveau clinique à cette échelle. Pour ce qui est des comportements problématiques externalisés, le score T moyen s'élève à 60,25 ( $\acute{E}.T. = 11,04$ ), score qui se situe à la limite entre la normalité et la zone clinique. De tous les enfants, sept d'entre eux ont des comportements problématiques externalisés à un niveau clinique. Par ailleurs, si nous prenons l'ensemble des comportements problématiques, le score T moyen est de 64,17 ( $\acute{E}.T. = 10,68$ ), avec neuf enfants qui ont des comportements problématiques au seuil clinique. Quant à la sévérité du diagnostic de TSA, le niveau de sévérité moyen obtenu est de 2,37 ( $\acute{E}.T. = 0,61$ ), indiquant que les enfants présentent en moyenne un trouble du spectre de l'autisme léger à modéré, c'est-à-dire que les comportements semblent légèrement à moyennement atypiques.

En ce qui concerne les différentes échelles de la qualité de la communication socio-affective des interactions mère-enfant, les dyades obtiennent en général des scores moyens se situant autour de 4 (sur un maximum possible de 7). Sur cette grille, des scores de 4 dénotent une qualité relationnelle affective de niveau modéré (Humber & Moss, 2005). On constate toutefois que les scores moyens aux échelles « expression émotionnelle » et « plaisir » sont légèrement inférieurs à 4, semblant indiquer certaines difficultés sur ces dimensions.

Tableau 2  
Données descriptives des variables à l'étude (N = 12)

Variables	Moyenne ou N	(Écart type)
Détresse parentale Clinique	30,58 2	(7,52)
Problèmes intériorisés Clinique	66,33 9	(10,24)
Problèmes externalisés Clinique	60,25 7	(11,04)
Problèmes totaux Clinique	64,17 9	(10,68)
Niveau de sévérité du diagnostic	2,37	(0,61)
Interactions mère-enfant		
Coordination	4,00	(1,28)
Communication	4,17	(1,03)
Rôles	4,33	(1,30)
Expression-émotionnelle	3,92	(1,56)
Sensibilité	4,17	(1,53)
Tension/Relaxation	4,08	(1,44)
Humeur	4,08	(1,56)
Plaisir	3,42	(1,50)
Score Global	4,17	(1,53)

### Analyses préliminaires

Une analyse préliminaire de composantes principales avec rotation *quartimax* a été effectuée sur les 9 échelles de la communication socio-affective mère-enfant afin d'établir comment ces échelles sont liées entre elles, dans le but de limiter le nombre d'analyses. L'analyse révèle la présence de deux facteurs (voir Tableau 3) avec des

valeurs propres supérieures à 1 expliquant 89,2% de la variance totale. Le facteur 1 (71,8% de la variance; valeur propre : 6,5) est composé de toutes les échelles de la grille de communication socio-affective (coordination, rôle, expression émotionnelle, sensibilité, tension/relaxation, humeur, plaisir et score global) à l'exception de l'échelle de communication. Le facteur 2 (17,4% de la variance; valeur propre : 1,6) est composé de l'échelle « communication » et de l'échelle « expression émotionnelle ». En se référant à la description de chacune des échelles dans l'article d'Humber & Moss (2005), le facteur 1 peut être considéré comme représentant le « climat affectif général » se dégageant des interactions mère-enfant. Quant au facteur 2, il représente à la fois la quantité et la qualité de la communication et de l'expression émotionnelle présente au sein de la dyade. Il est composé de comportements modulés par la présence des « stratégies de communication » que chacun des membres de la dyade va mettre en place pour favoriser l'interaction. Les scores des participants sur ces deux facteurs seront utilisés comme mesures de la qualité de la communication socio-affective dans les prochaines analyses.

Tableau 3  
Matrice factorielle après rotation

<b>Échelles d'interactions mère-enfant</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>
Coordination	<b>0,81</b>	0,38
Rôles	<b>0,88</b>	-0,25
Sensibilité	<b>0,94</b>	-0,17
Tension/Relaxation	<b>0,91</b>	-0,16
Humeur	<b>0,91</b>	0,08
Plaisir	<b>0,92</b>	0,34
Score global	<b>0,97</b>	0,12
Expression émotionnelle	<b>0,75</b>	<b>0,60</b>
Communication	0,37	<b>0,90</b>

Des analyses de corrélation ont ensuite été réalisées afin de vérifier si l'âge des enfants et la scolarité maternelle sont associés aux deux facteurs, soient le climat affectif général et les stratégies de communication de la dyade. Les résultats montrent que le climat affectif général (facteur 1) est corrélé significativement avec l'âge de l'enfant ( $r = -0,65, p < 0,05$ ). Plus l'enfant est vieux, moins le climat affectif général est bon. Pour ce qui est de la scolarité maternelle, il n'y a pas de corrélation significative avec le facteur 1 ( $r = -0,44, p = 0,15$ ). L'âge de l'enfant sera donc inclus comme variable de contrôle dans les analyses portant sur le facteur 1. Quant au facteur 2, les stratégies de communication, l'âge de l'enfant ainsi que la scolarité maternelle n'y sont pas corrélés (respectivement,  $r = 0,16, p = 0,61$ ;  $r = -0,04, p = 0,90$ ). En conséquence, aucune variable contrôle ne sera incluse dans les analyses subséquentes sur le facteur 2.



### **Analyses principales**

Des corrélations partielles qui contrôlent pour l'âge de l'enfant ont été effectuées pour examiner si le climat affectif général (facteur 1) est associé avec 1) la détresse parentale de la mère, 2) les problèmes de comportement de l'enfant (comportements intériorisés, comportements extériorisés, comportements problématiques totaux) et 3) la sévérité du diagnostic. Les résultats montrent qu'il n'y a aucune corrélation significative entre le facteur 1 et ces diverses variables (voir Tableau 4).

Des analyses de corrélations pour examiner les liens entre les stratégies de communication (facteur 2) et les variables d'intérêt (détresse parentale, problèmes de comportement et sévérité du diagnostic) ont ensuite été effectuées. Une seule corrélation est significative ( $p \leq .05$ ), soit celle avec la détresse parentale. Plus la détresse parentale est élevée, plus le score sur le facteur 2 est élevé. Donc, plus la mère est stressée, meilleures sont les stratégies de communication de la dyade. Il n'y a pas de lien entre le facteur 2 et les autres variables, soient les problèmes de comportement de l'enfant (comportements intériorisés, comportements extériorisés, comportements problématiques totaux) et la sévérité du diagnostic (voir Tableau 4).

Tableau 4

Corrélations entre la communication socio-affective mère-enfant et la détresse parentale, les problèmes de comportement et la sévérité du diagnostic

Variables d'intérêt	Climat affectif général (Facteur 1) <sup>a</sup>		Stratégies de communication (Facteur 2)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Détresse parentale	0,14	0,68	0,60	0,04
Comportements internalisés	0,17	0,62	-0,18	0,58
Comportements externalisés	0,23	0,49	0,06	0,86
Comportements problématiques totaux	0,23	0,50	-0,14	0,67
Sévérité du diagnostic	0,24	0,47	-0,29	0,36

<sup>a</sup> Corrélations partielles en contrôlant pour l'âge de l'enfant

## Discussion

La présente étude avait pour but de répondre de manière exploratoire à des interrogations découlant des recherches et théories dont nous disposons à ce jour. Elle visait à déterminer, dans un premier temps, si des liens étaient présents entre le niveau de sévérité du diagnostic de l'enfant ayant un TSA ainsi que des problèmes de comportement et la qualité de la communication socio-affective mère-enfant atteint d'un TSA. Puis, elle cherchait à établir si des liens pouvaient exister entre la qualité de la communication socio-affective mère-enfant avec un TSA et le stress maternel. En raison du nombre réduit de sujets, une prudence est de mise dans l'interprétation des résultats. En effet, le nombre réduit de participants à l'étude a fait diminuer la puissance statistique de celle-ci ce qui a peut-être limité la capacité de détecter des liens significatifs.

Les analyses ont fait ressortir que la qualité de la communication socio-affective mère-enfant ayant un TSA s'organisait autour de deux facteurs, soit le climat affectif général présent au sein de la dyade et les stratégies de communication adoptées par cette dernière, ce qui diverge des résultats d'autres études. Dans les études utilisant cette grille, la qualité de la communication socio-affective s'organise généralement autour d'un seul facteur indiquant que toutes les échelles de la grille sont fortement corrélées entre elles (Milot, St-Laurent, Éthier, & Provost, 2010; Moss et al., 2004; Moss et al., 1998). Ces études ont été réalisées à partir d'échantillons de dyades mère-enfant

neurotypique. Par conséquent, l'interaction mère-enfant présentant un TSA apparaît se distinguer de l'interaction mère-enfant neurotypique. Les interactions des dyades mère-enfant ayant un TSA s'organisent autour d'une dimension portant sur le climat affectif général composée de toutes les échelles de la grille de communication socio-affective (coordination, rôle, expression émotionnelle, sensibilité, tension/relaxation, humeur, plaisir) à l'exception de l'échelle « communication », séparément d'une autre portant sur les stratégies de communication qui sont adoptées au sein de la dyade incluant l'échelle « communication » et de l'échelle « expression émotionnelle ». La qualité et la quantité de la communication et l'expression émotionnelle perceptible au sein de la dyade mère-enfant porteur d'un diagnostic de TSA pourraient ainsi se distinguer des autres composantes de la communication socio-affective en raison des difficultés de communication et d'interactions sociales présentes chez les enfants ayant un TSA. Le climat affectif général présent au sein de la dyade pourra laisser entrevoir une relation affective positive ou négative n'étant pas teintée par les difficultés de communication et d'interactions sociales de l'enfant ainsi que par le niveau de mobilisation de la mère.

Les analyses ont révélé qu'il n'y avait aucun lien significatif entre le niveau de sévérité de l'enfant présentant un TSA ainsi que les problèmes de comportements et les deux dimensions. L'hypothèse soulevée est que même si l'enfant porte un diagnostic de

TSA, l'interaction présente au sein de la dyade pourrait être préservée en partie. D'ailleurs, certaines études rapportent que la sévérité des symptômes chez l'enfant n'est pas nécessairement associée à la sensibilité de la mère, à l'implication de celle-ci auprès de son enfant ainsi qu'à sa communication avec ce dernier (Beurkens et al., 2013; Dolev et al., 2009; Koren-Karie et al., 2009). De plus, des recherches rapportent que les enfants ayant un TSA au même titre que les enfants neurotypiques développent un attachement sécure avec leur mère (Dissanayake & Crossley, 1997). Donc, malgré la présence de symptômes liés au TSA et de problèmes de comportements chez l'enfant, la mère parvient à être sensible à l'égard de son enfant contribuant au développement d'un attachement sécure chez ce dernier (Ainsworth et al., 1970; Ainsworth et al., 1978). Par ailleurs, des facteurs comme la sensibilité maternelle pourraient venir compenser les difficultés présentes chez l'enfant n'ayant pas ou peu d'impact sur le climat affectif et les stratégies de communication de la dyade.

Des études font ressortir que malgré les particularités développementales de leur enfant, les mères d'enfant ayant un TSA vont s'adapter dans l'interaction avec ce dernier (Kasari et al., 1997; Watson, 1998; Willemsen-Swinkels et al., 1997). Ces études rapportent, entre autres, que les mères d'enfant présentant un TSA ont tendance à adapter leur langage à la réalité de leur enfant. Elles se concentrent davantage sur l'ici et maintenant parlant de ce qui se passe pour l'enfant ou de ce qu'ils sont en train de faire. Les mères adapteront également leurs comportements afin de compenser les limites engendrées par le TSA. Leurs interventions se feront davantage en utilisant un langage

non-verbal plutôt que verbal. Cette approche permettra de mieux orienter le comportement de l'enfant porteur d'un TSA dans la réalisation d'une tâche, par exemple. Selon les études, il y aurait peu ou pas de différence au niveau de la quantité et la qualité des interactions des mères d'enfant présentant un diagnostic TSA en comparaison avec celles d'enfant neurotypique ou ayant d'autres déficits comme sur le plan intellectuel (Doussard-Roosevelt et al., 2003; vanIJzendoorn et al., 2007; Watson, 1998).

L'enfant ayant un TSA peut aussi contribuer, malgré ses limites, à favoriser l'interaction avec sa mère. Les enfants présentant un niveau plus léger de sévérité vont parvenir à s'impliquer dans la relation avec celle-ci. Un meilleur développement au plan cognitif et langagier leur permet de mieux comprendre, de communiquer et de s'engager davantage dans des interactions sociales avec les autres (Naber et al., 2007; Willemsen-Swinkels et al., 1997). Au sein de l'étude, le niveau de sévérité moyen des enfants se situait de léger à modéré signifiant que quelques symptômes du trouble étaient perceptibles chez ceux-ci et qu'ils avaient un impact léger à modéré sur le fonctionnement de l'enfant. De ce fait, la présence de meilleures capacités communicationnelles et relationnelles chez l'enfant a pu être liée aux interactions observées chez les dyades pouvant même venir pallier certains déficits qui auraient pu être observés chez celles-ci.

La différence d'âge des enfants au sein de l'échantillon a pu aussi rendre très hétérogène la façon dont chacun d'eux modulait leurs comportements relationnels lors de l'interaction avec leur mère. Il a été remarqué que la façon dont les enfants porteurs d'un diagnostic de TSA interagissaient avec leur entourage pouvait changer avec l'âge s'améliorant (McGovern & Sigman, 2005). Dans l'étude de McGovern et Sigman (2005) ainsi que dans les études sur lesquelles ils ont pris appui, il a été remarqué que de la petite enfance (3 à 5 ans) au milieu de l'enfance et à l'adolescence une amélioration des symptômes liés au TSA survient au niveau des habiletés sociales et des comportements adaptatifs. Une plus grande amélioration au niveau cognitif et des interactions sociales a été perçue lorsqu'il y a une sévérité moindre du diagnostic chez l'enfant en bas âge. Le diagnostic du TSA se maintient toutefois dans la majorité des cas, mais ils présentent un niveau de sévérité moindre. Dans l'étude de Sigman et Ruskin (1999), il est également ressorti des changements au niveau des habiletés cognitives au milieu de l'enfance en comparaison aux observations faites à la petite enfance. Au départ 39 enfants sur 43 avaient un fonctionnement intellectuel se situant au niveau de la déficience intellectuelle. Une augmentation du fonctionnement intellectuel a été observée dans plus de la moitié des cas, 22 enfants sur 43 avaient augmenté leur score lors de la réévaluation quelques années plus tard. Des 39 présentant une déficience intellectuelle 11 présentaient un fonctionnement intellectuel ne les plaçant plus au niveau de la déficience. Une amélioration du langage a aussi été constatée vers l'âge de 8-9 ans. Dans ces études, le contact avec les pairs aurait par ailleurs contribué à l'amélioration des



habiletés sociales. Par conséquent, l'entrée à l'école amenant davantage de contacts avec les pairs favoriserait le développement social des enfants TSA.

L'âge des enfants, au sein de notre étude s'étendant de 3 à 7 ans, lié à un niveau de sévérité léger à modéré retrouvé en moyenne dans l'échantillon a pu influencer de façon moindre l'impact de la sévérité des symptômes et des problèmes de comportement sur les stratégies de communication adoptées par les dyades observées dans d'autres études. L'âge de l'enfant vient toutefois influencer la qualité du climat affectif général. Il a été remarqué que la qualité du climat affectif était moindre lorsque l'enfant était plus vieux. Bien que les études démontrent une amélioration avec l'âge de certaines compétences sociales chez l'enfant, de meilleures capacités pourraient ne pas être suffisantes pour compenser les éléments déficitaires au sein de la dyade venant influencer la qualité du climat affectif.

Pour ce qui est du stress maternel, il n'est toutefois pas ressorti de lien direct avec le climat affectif général, mais seulement avec les stratégies de communication adoptées au sein de la dyade. Ce lien va dans le sens où plus la mère présente un niveau de stress élevé meilleures sont les stratégies de communication observées dans l'interaction de la dyade. Bien que l'attente se situait davantage dans le sens où un niveau de stress élevé présent chez la mère serait plus dommageable pour la qualité de la communication socio-affective mère-enfant, celui-ci semble être dans ce cas un agent positif amenant la mère à se mobiliser davantage. Un certain niveau de stress pourrait donc entraîner une

meilleure communication et une meilleure expression émotionnelle au sein de la dyade. L'ensemble des études indique que les mères d'enfant ayant un TSA sont plus stressées que les mères d'enfants atteints d'autres troubles du développement comme le retard mental ou le trouble du langage (Benaud & Quentel, 2011; Bromley et al., 2004; Dyson, 1997; Estes et al., 2009; Estes et al., 2013; Mugno et al., 2007; Safe et al., 2012; Tomanik et al., 2004) ou d'enfants neurotypiques (Baker-Ericzen et al., 2005; Dabrowska & Pisula, 2010; Estes et al., 2009, Gau et al., 2012; Hoffman et al., 2009; Ingersoll & Hambrick, 2011; Johnson et al., 2011; Schieve et al., 2007). Selon ces études, elles sont cliniquement stressées ce qui signifie qu'elles atteignent un niveau de stress supérieur à la norme établie. Au sein des participantes de l'étude, un niveau de stress moindre a été constaté en comparaison avec le niveau de stress qui est généralement rapporté dans les autres études. Deux mères sur 12 mères présentaient un niveau de détresse parentale au seuil clinique. Pour ce qui est des autres mères, elles avaient un niveau de détresse parentale normal. Bien que ces dernières se situent dans la zone jugée non clinique, elles présentent tout de même un léger niveau de stress. La présence d'un certain niveau de stress, appelé le « bon stress », peut être favorable chez les individus servant de levier, amenant la personne à se mettre en action et pouvant améliorer les performances de celui-ci (American Psychiatric Association, 2013). Par ailleurs, les réponses de la majorité des mères laissent entrevoir qu'elles se perçoivent en mesure d'assumer leurs responsabilités tout en prenant du temps pour elles-mêmes. Donc, le stress vécu par ces dernières pourrait être lié à une bonne conciliation de leurs

différents rôles qu'elles doivent tenir au quotidien comme de prendre soin de leur enfant ayant TSA sans se sentir débordées.

Cette étude comprend certaines limites dont il sera important de tenir compte lors de futurs travaux. Le nombre restreint de participants composant l'échantillon, mentionné préalablement, peut être une source expliquant le sens qu'ont pris les résultats. Un plus grand nombre de participantes aurait pu faire ressortir des liens significatifs entre les caractéristiques individuelles de l'enfant (sévérité du diagnostic et problèmes de comportement) et le climat affectif général ainsi que les stratégies de communication adoptées au sein de la dyade, d'une part, et un lien entre le niveau de stress des mères et le climat affectif général, d'autre part. Une attention devra également être portée à l'âge des enfants afin de rendre l'échantillon plus homogène par rapport au niveau de développement de ceux-ci. Le fait d'avoir pris en compte seulement l'implication des mères auprès de leur enfant ayant un TSA peut aussi représenter une limite. Il aurait été pertinent de considérer l'impact que les pères d'enfants âgés de 3 à 7 ans porteurs d'un diagnostic de TSA peuvent avoir dans la vie de ces derniers. Les pères pourraient venir jouer un rôle plus important auprès de leur enfant présentant un TSA que ce qui est attendu lorsqu'il s'agit d'une population d'enfants neurotypiques. L'inclusion des pères dans la poursuite de recherches auprès de cette population pourrait permettre d'évaluer si ceux-ci peuvent par exemple, influencer le niveau de stress vécu par les mères. La dimension socio-affective père-enfant ayant un diagnostic de TSA pourrait en outre faire l'objet d'une étude en soi.

Malgré les limites de l'étude, des forces s'en dégagent. Sauf erreur, aucune étude n'a examiné d'un point de vue dyadique l'impact du stress parental sur la qualité socio-affective de la relation mère-enfant chez des dyades mère-enfant TSA. De ce fait, il s'agirait de la première étude à tenter de mettre en lien ces deux variables. De plus, peu d'études se sont penchées sur la qualité socio-affective de la relation mère-enfant ayant un TSA et par le fait même sur les caractéristiques individuelles chez l'enfant ainsi que chez la mère influençant cette relation soulignant la pertinence ici d'en avoir fait la base de notre recherche. Les études examinent davantage la contribution d'un des deux acteurs et non la contribution conjointe des deux sur la qualité de la relation mère-enfant. La contribution conjointe a davantage été étudiée et documentée auprès de populations normatives. Puis, l'étude repose sur l'utilisation d'instruments de mesure provenant de diverses sources, soit l'utilisation de questionnaires auprès du parent, d'informations provenant du dossier de l'enfant et de grilles d'observation complétées par des évaluateurs indépendants, ce qui représente une force importante.

## Conclusion

Cette recherche visait une meilleure compréhension des interactions présentes au sein de la relation mère-enfant porteur d'un diagnostic de TSA. À partir de la littérature consultée, des hypothèses ont été formulées envisageant des liens entre des facteurs provenant de chacun des membres de la dyade et la qualité de la communication socio-affective mère-enfant présentant un TSA. Le niveau de sévérité du diagnostic de TSA ainsi que les problèmes de comportements de l'enfant ont été établis, au départ, comme des caractéristiques présentes chez ce dernier pouvant influencer cette relation. Pour ce qui est de la mère, le stress parental vécu était considéré en tant que facteur pouvant venir jouer un rôle dans la qualité de la relation mère-enfant ayant un TSA.

La présente étude a permis d'établir que la qualité de la communication socio-affective mère-enfant atteint d'un TSA semble s'organiser autour de deux dimensions soit le climat affectif général et les stratégies de communication adoptées par les membres de la dyade. Ces résultats divergent ainsi des études ayant été réalisées auprès de dyades mère-enfant neurotypique dont la qualité de la communication socio-affective s'organise autour d'une seule dimension. Ce constat soulève la possibilité de l'influence de caractéristiques propres à l'interaction des dyades mère-enfant présentant un TSA. Le niveau de sévérité des symptômes évalués chez l'enfant porteur du diagnostic de TSA ainsi que les problèmes de comportements qu'il peut présenter ne sont liés à aucune des deux dimensions. Ainsi, les difficultés de l'enfant pourraient être compensées

par des caractéristiques présentes chez la mère comme sa sensibilité. Les difficultés de l'enfant auraient peu ou pas d'impact sur les deux dimensions en raison de l'ajustement de la mère à celles-ci. L'enfant, malgré ses limites, demeure un acteur dans l'interaction avec sa mère. Le stress vécu par la mère est associé, pour sa part, aux stratégies de communication observées dans l'interaction au sein de la dyade. Par ailleurs, un niveau de stress plus élevé chez la mère amènerait celle-ci à se mobiliser davantage entraînant par le fait même une meilleure communication et expression émotionnelle dans l'interaction mère-enfant ayant un TSA.

Les résultats de cette étude semblent surprenants à la lumière des connaissances actuelles. Les limites propres à cette étude de même que le nombre restreint de recherches s'étant attardé à la qualité de la communication socio-affective de la relation mère-enfant présentant un TSA, confirme l'importance de pousser l'investigation plus loin. Lors de travaux futurs, certaines limites de l'étude devront être prises en compte. Tout d'abord, l'accroissement de l'échantillon pourrait permettre de dégager un meilleur profil de la communication socio-affective ce que l'étude n'est pas parvenue à faire. Il s'avèrera également important de s'attarder à une meilleure homogénéité de l'échantillon en restreignant l'écart d'âge entre les enfants et de s'assurer d'un éventail plus large de sévérité dans un souci de représentativité du spectre autistique.

Les services offerts à la clientèle présentant un TSA et leur famille ont connu une évolution à travers les années. Ils se sont au départ centrés sur l'enfant, visant sa

réadaptation et son développement. Des programmes ont alors été mis sur pied comme le programme TEACCH et la méthode ABA (Applied Behavior Analysis ou Analyse Appliquée du Comportement) offrant une éducation et un environnement structuré dans le but de modifier des comportements et de développer des compétences chez l'enfant. Par la suite, les programmes comme ICI (Intervention Comportementale Intensive) tenant en compte des besoins de l'enfant et de sa famille ont davantage été préconisés pour adapter les objectifs d'enseignement à offrir à l'enfant et pour favoriser la généralisation (Deschatelets, 2013). Bien que des approches plus intégratives considèrent chacun des membres de la famille, la relation parent-enfant reste davantage considérée d'un point de vue éducatif. Les interventions visent en grande partie à placer le parent dans un rôle d'éducateur stimulant le développement de capacités adaptatives/fonctionnelles chez l'enfant. La composante socio-affective est encore très peu adressée dans les services spécifiquement offerts à cette population.

La présente étude soulève l'importance d'offrir des services plus unifiés, dynamiques, travaillant de concert avec chacun des membres de la dyade mère-enfant. Les interventions au niveau socio-affectif devraient être incluses dans le plan de services de ces familles comme il peut être courant lorsque l'enfant présente d'autres problématiques. Pour y parvenir, une meilleure compréhension de la communication socio-affective présente au sein de ces dyades ainsi que de ses sources d'influence potentielles pourrait permettre l'élaboration de programmes d'interventions plus spécifiques à cette clientèle à ce niveau. Ces programmes pourraient cibler la qualité de



la relation parent-enfant TSA dans un but de modifier leur façon d'interagir lorsque cela est problématique et de soutenir lorsque cela est adapté visant un maintien. Une meilleure qualité de la relation pourra avoir des impacts positifs à la fois sur le parent et sur l'enfant et ainsi avoir des impacts sur la qualité des capacités de communication et d'interaction de l'enfant.

Ces programmes pourraient s'inspirer des programmes d'interventions relationnels déjà existants. Ce type d'intervention a, entre autres, été élaboré et mis en application auprès d'une clientèle vulnérable au niveau socio-économique souvent faible et présentant des éléments de négligence et de maltraitance. Le programme d'intervention relationnelle cible les enfants de 0-5 ans et leur parent. Le travail s'effectue au niveau de la qualité du lien d'attachement présent au sein de la dyade parent-enfant. L'augmentation des comportements positifs du parent comme sa sensibilité à l'égard de son enfant et par le fait même, une amélioration de la sécurité affective de ce dernier sont visées (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003). Ce programme a fait ses preuves obtenant des résultats positifs à la fois chez le parent (meilleure sensibilité) et son enfant (attachement plus sécurisant, moins de comportements problématiques et de désorganisation de l'attachement) (Moss, Dubois-Comtois, Tarabulsy, St-Laurent, & Bernier, 2011). L'intervention relationnelle pourrait être adaptée à la population mère-enfant porteur d'un diagnostic de TSA.

D'ailleurs comme il a été démontré dans l'étude, la dyade mère-enfant ayant un TSA a des caractéristiques propres dont les interventions réalisées auprès de cette dernière doivent prendre en compte. La présence d'éléments positifs au sein de la dyade malgré le diagnostic de TSA chez l'enfant est à renforcer. La capacité d'adaptation dont font preuve ces mères doit, par exemple, être soulignée. La présence de stress parental vécu par celles-ci est également un aspect à considérer. Le bénéfice observé de la présence d'un certain niveau de stress dans l'interaction de la dyade soulève l'importance de mieux comprendre l'origine de ce stress. Une meilleure compréhension apportera des effets positifs chez celle-ci en minimisant la présence du stress en tant que tel. Une aide peut aussi être offerte aux mères dans la gestion de leur stress. Une meilleure gestion leur permettra d'être encore plus disponibles et engagées dans la relation avec leur enfant. L'ajustement aux difficultés de leur enfant favorisera l'implication de ce dernier dans l'interaction dyadique et par le fait même, une meilleure qualité générale de celle-ci.

## Références

Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Abidin, R.R. (1997). Parenting Stress Index: A measure of the parent-child system. Dans Zlaquett, C.P. (Éd.); Wood, R.J. (Éd.), *Evaluating stress: A book of resources*. (pp.165-175). Lanham, MD, US: Scarecrow Education.

Abouzeid, N. (2013). Les aspects liés à la santé physique et psychologique. Dans Poirier, N. and Des Rivières-Pigeon, C. (Éds) *Le trouble du spectre de l'autisme : État des connaissances*. (pp.43-65). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Ainsworth, M. D., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1970). Infant-mother attachment and social development : «socialisation» as a product of reciprocal responsiveness to signals. Dans M. P. T. Richards (Éds) *The integration of a child into a social world*. (pp.99-136). New York : Cambridge University Press.

Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.

American Psychiatric Association. (2003). *DSM-V-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5th ed.). Arlington, Virg. : American Psychiatric Association.

Baker-Ericzen, M. J., Brookman-Frazee, L., & Stahmer, A. (2005). *Stress levels and adaptability in parents of toddlers with and without autism spectrum disorders. Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30, 194-204.

- Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Bauminger, N., Solomon, M., & Rogers, S.J. (2010). Externalizing and internalizing behaviors in ASD. *Autism Research*, 3, 101-112.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting : A process model. *Child Development*, 83-96.
- Benaud, L., & Quentel, J.-C. (2011). Information et vécu parental du diagnostic de l'autisme II. Effets des troubles et qualité de vie. *Annales Médico-Psychologiques*, 169, 132-139.
- Beurkens, N.M., Hobson, J.A., & Hobson, R.P. (2013). Autism severity and qualities of parent-child relation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 168-178.
- Bolduc, M. (2013). Nomenclature, étiologie, prévalence et diagnostic. Dans Poirier, N. and Des Rivières-Pigeon, C. (Éds) *Le trouble du spectre de l'autisme : État des connaissances*. (pp.9-41). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bromley, J., Hare, D.J., Davison, K., & Emerson, E. (2004). Mothers supporting children with autistic spectrum disorders : Social support, mental health status and satisfaction with service. *Autism*, 8, 409-423.
- Bronfenbrenner, U. (2000). Le modèle «Processus-Personne-Contexte-Temps» dans la recherche en psychologie du développement: principes, applications et implications. Dans R. Tessier and G. M. Tarabulsy (Éds), *Le modèle écologique dans l'étude du développement de l'enfant* (p.p. 9-58). Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Cappa, K.A., Begle, A.M., Conger, J.C., Dumas, J.E., & Conger, A.J. (2011). Bidirectional relationships between parenting stress and child coping competence: findings from the pace study. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 334-342.
- Courcy, I. (2013). La famille. Dans Poirier, N. and Des Rivières-Pigeon, C. (Éds) *Le trouble du spectre de l'autisme : État des connaissances*. (pp.67-91). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Crnic, K.A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development*, 14, 117-132.
- Dabrowska, A., & Pisula, E. (2010). Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 266-280.
- Davis, N. O., & Carter, A. S. (2008). Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders : Associations with child characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1278-1291.
- Dawson, G., Hill, D., Spencer, A., Galpert, L., & Watson, L. (1990). Affective exchanges between young autistic children and their mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 335-345.
- Deschatelets, J. (2013). Les interventions auprès de la petite enfance. Dans Poirier, N. and Des Rivières-Pigeon, C. (Éds) *Le trouble du spectre de l'autisme : État des connaissances*. (pp.93-124). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- De Wolff, M.S., & van IJzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment : A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Dissanayake, C., & Crossley, S.A. (1997). Autistic children's responses to separation and reunion with their mothers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 295-312.
- Dolev, S., Haifa, H., I., Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Yirmiya, N. (2009). Emotional availability in mother-child interaction : The case of children with autism spectrum disorders. *Parenting : Science and Practice*, 9, 183-197.
- Doussard-Roosevelt, J. A., Joe, C. M., Bazhenova, O. V., & Porges, S. W. (2003). Mother-child interaction in autistic and nonautistic children : Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *Development and Psychopathology*, 15, 277-295.
- Duarte, C. S., Bordin, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism*, 9, 416-427.
- Dyson, L.L. (1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities : Parental stress, family functioning, and social support. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 267-279.

- Eskas, N.V., & Whitman, T.L. (2011). Adaptation to daily stress among mothers of children with an autism spectrum disorder: The role of daily positive affect. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 1202–1213.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X.-H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13, 375–387.
- Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain & Development*, 35, 133–138.
- Forde, I., Holloway, J., Healy, O., & Brosnan, J. (2011). A dyadic analysis of the effects of setting and communication partner on elicited and spontaneous communication of children with autism spectrum disorder and typically developing children. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1471–1478.
- Gau, S.S.-F., Chou, M.-C., Chiang, H.-L., Lee, J.-C., Wong, C.-C., Chou, W.-C., & Wug, Y.-Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 263–270.
- Glazzard, J., & Overall, K. (2012). Living with autistic spectrum disorder: parental experiences of raising a child with autistic spectrum disorder (ASD). *British Journal of Learning Support*, 27, 37–45.
- Glidden, L.M., Bamberger, K.T., Turek, K.C., & Hill, K.L. (2010). Predicting mother/father–child interactions: Parental personality and well-being, socioeconomic variables and child disability status. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 3–13.
- Gray, D.E. (1998). *Autism and the family: Problems, prospects and coping with the disorder*. Illinois: Charles C Thomas Publisher, LTD.
- Gray, D.E. (2002). Ten years on: a longitudinal study of families of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27, 215–222.
- Grzadzinski, R.L., Luyster, R., Spencer, A.G., & Lord, C. (2014). Attachment in young children with autism spectrum disorders: An examination of separation and reunion behaviors with both mothers and fathers. *Autism*, 18, 85–96.
- Hall, H.R., & Graff, J.C. (2011). The relationships among adaptive behaviors of children with autism, family support, parenting stress, and coping. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 34, 4–25.

- Hastings, R.P., Kovshoff, H., Ward, N. J., degli Espinosa, F., Brown, T., & Remington, B. (2005). Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-School children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 635-644.
- Haven, E.L., Manangan, C.N., Sparrow, J.K., & Wilson, B.J. (2014). The relation of parent-child interaction qualities to social skills in children with and without autism spectrum disorders. *Autism*, 18, 292-300.
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24, 178-187.
- Hudry, K., Aldred, C., Wigham, S., Green, J., Leadbitter, K., Temple, K., Barlow, K., & McConachie, H. (2013). Predictors of parent-child interaction style in dyads with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 3400-3410.
- Humber, N., & Moss, E. (2005). The relationship of preschool and early school age attachment to mother-child interaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 128-141.
- Ingersoll, B., & Hambrick, D. Z. (2011). The relationship between the broader autism phenotype, child severity, and stress and depression in parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 337-344.
- Johnson, N, Frenn, M., Feetham, S., & Simpson, P. (2011). Autism spectrum disorder: parenting stress, family functioning and health-related, quality of life. *Families, Systems, & Health*, 29, 232-252.
- Kasari, C., & Sigman, M. (1997). Linking Parental Perceptions to Interactions in Young Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 39-57.
- Kasari, C., Sigman, M., Mundy, P., & Yirmiya, N. (1988). Caregiver interactions with autistic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 45-56.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Mothers of securely attached children with autism spectrum disorder are more sensitive than mothers of insecurely attached children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 643-650.



- Konstantareas, M. M., & Homatidis, S. (1989). Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 459-470.
- Lee, G.K. (2009). Parents of children with high functioning autism: How well do they cope and adjust?. *Journal of Development and Physical Disabilities*, 21, 93-114.
- Lickenbrock, D.M., Eskas, N.V., & Whitman, T.L. (2011). Feeling good, feeling bad: Influences of maternal perceptions of the child and marital adjustment on well-being in mothers of children with an autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41, 848-858
- Marvin, R. (1977). An ethological-cognitive model for the attenuation of mother-child attachment behaviour. Dans T. Alloway, L. Krames, & P. Pliner (Eds.), *Advances in the study of communication and affect : Vol. 3. Attachement behaviour* (pp.25-60). New York : Plenum Press.
- Maskey, M., Warnell, F., Parr, J.R., Couteur, A., & McConachie H. (2013). Emotional and behavioural problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, 851-859.
- McGovern, C. W., & Sigman, M. (2005). Continuity and change from early childhood to adolescence in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 401-408.
- Meek, S.E., Robinson, L.T., & Jahromi, L.B. (2012). Parent-child predictors of social competence with peers in children with and without autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 815-825.
- Meirsschaut, M., Roeyers, H., & Warreyn, P. (2011). The social interactive behaviour of young children with autism spectrum disorder and their mothers : Is there an effect of familiarity of the interaction partner? *Autism*, 15, 43-64.
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L.S., & Provost, M.A. (2010). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and affective quality of mother-child communication. *Child Maltreatment*, 15, 293-304.
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk :Examining family contexts and behaviour problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviourally disorganized children. *Development and Psychopathology*, 40, 519-532.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsky, G., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal

- sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: A randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23, 195-210.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age : Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problem. *Child Development*, 69, 1390-1405.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school and academic performance. *Developmental Psychology*, 37, 863-874.
- Moss, E., St-Laurent, D., Cyr, C., & Humber, N. (2000). L'attachement aux périodes préscolaire et scolaire et les patrons d'interactions parent-enfant. Dans G. M. Tarabulsky, S. Larose, D. Pederson, & G. Moran, *Attachement et développement. Le rôle des premières relations dans le développement humain*. (pp. 158-179). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Mugno, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G., & Mazzone, L. (2007). Impairment of quality of life in parent of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 1-9.
- Naber, F.B.A, Swinkels, S.H.N., Buitelaar, J.K., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., Dietz, C., van Daalen, E., & van Engeland, H. (2007). Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 37, 1123-1138.
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., Dolev, S., & Yirmiya, N. (2009). Maternal insightfulness and resolution of the diagnosis are associated with secure attachment in preschoolers with autism spectrum disorders. *Child Development*, 80, 519-527.
- Oppenheim, D., Koren-Karie, N., & Sagi, A. (2001). Mothers' empathic understanding of their preschoolers internal experience : Relation with early attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 16-26.
- Osborne, L., & Reed, P. (2010). Stress and self-perceived parenting behaviors of parents of children with autism spectrum conditions. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 405-414.
- Philip, C. (2009). *Autisme et parentalité*. Paris : Dunod.
- Plant, K. M., & Sanders, M. R. (2007). Predictors of care-giver stress in families of preschool-aged children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 109-124.

- Peters-Scheffer, N., Didden, R., & Korzilius, H. (2012). Maternal stress predicted by characteristics of children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 696-706.
- Rao, P. A., & Beidel, D. C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, 33, 437-451.
- Rodrigue, J.R., Morgan, S.B., & Greffken, G. (1990). Families of autistic children : Psychological functioning of mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 371-379.
- Rogé, B. (1989). *Adaptation française de l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (C.A.R.S)*. Issy-les-Moulineaux : Edition d'Applications psychotechniques.
- Rogé, B. (2008). *Autisme, comprendre et agir*. Paris : Dunod.
- Rutgers, A.H., van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Swinkels, S.H.N., van Daalen, E., Dietz, C., Naber, F.B.A., ..., & van Engeland, H. (2007). Autism, attachment and parenting: A comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder, and non-clinical children. *Journal Abnormal Child Psychology*, 35, 859-870.
- Rutter, M., & Sroufe, L.A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- Sameroff, A. (2000). Ecological perspectives on developmental risk. Dans J. D. Osofsky, et H.E. Fitzgerald (Éds), *Handbook of infant mental health* (Vol. 4) (pp.1-33) New York: John Wiley.
- Safe, A., Joosten, A., & Molineux, M. (2012). The experiences of mothers of children with autism: Managing multiple roles. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37, 294-302.
- Schieve, L. A., Blumberg, S. J., Rice, C., Visser, S. N., & Boyle, C. (2007). The relationship between autism et parental stress. *Pediatrics*, 119, 114-121.
- Schopler, E., Van Bourgondien, M.E., Wellman, G.J., & Love, S.R. (2010). *The childhood autism rating scale, Second Edition (CARS-2)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Sénéchal, C., & des Rivières-Pigeon, C. (2009). Impact de l'autisme sur la vie des parents. *Santé mentale au Québec*, 34, 245-260.

- Shin, H., Park, Y.-J., Ryu, H., & Seomun, G.-A. (2008). Maternal sensitivity : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64, 304-314.
- Sigman, M., & Ruskin, E. (1999). Continuity and change in the social competence of children with autism, down syndrome and developmental delays. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64, 1-42.
- Tomanik, S., Harris, G. E., & Hawkins, J. (2004). The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29, 16-26.
- van IJzendoorn, M. H., Rutgers, A. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Swinkels, S. H. N., van Daalen, E., Dietz, C., Naber, F. B. A., ..., & van Engeland, H. (2007). Parental sensitivity and attachment in children with autism spectrum disorder: comparison with children with mental retardation, with language delays, and with typical development. *Child Development*, 78, 597-608.
- Watson, L. R. (1998). Following the child's lead : Mothers' interactions with children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 51-59.
- Willemsen-Swinkels, S.H.N., Bakermans-Kranenburg, M.J., Buitelaar, J. K., van IJzendoorn, M. H., & van Engeland, H. (2000). Insecure and disorganise attachment in children with a pervasive developmental disorder: Relationship with social interaction and heart rate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 759-767.
- Willemsen-Swinkels, S.H.N., Buitelaar, J. K., & van Engeland, H. (1997). Children with pervasive developmental disorder, children with a language disorder and normally developing children in situations with high- and low-level involvement of the caregiver. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 327-336.
- Zaidman-Zait, A., Mirenda, P., Zumbo, B.D., Wellington, S., Dua, V., & Kalynchuk, K. (2010). An item response theory analysis of the Parenting Stress Index-Short Form with parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1269-1277.

**Appendice A**  
Index de stress parental (ISP/FB) forme brève

## **INDEX DE STRESS PARENTAL (ISP/FB)**

### **Forme brève**

de

**Richard R. Abidin**  
**Université de Virginie**

**Traduction révisée par Lacharité (1993)**

---

#### **Directives:**

En répondant aux questions suivantes, pensez à l'enfant qui vous cause le plus de souci.

Pour chaque question, veuillez inscrire la réponse qui décrit le mieux vos sentiments. Si toutefois aucune des réponses proposées ne correspond exactement à vos sentiments, veuillez inscrire celle qui s'en rapproche le plus. **Votre première réaction à chaque question devrait être votre réponse.**

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants en choisissant le numéro qui correspond le mieux à ce que vous ressentez. Si vous êtes incertain(e), choisissez le numéro 3.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Profondément</b>	<b>D'accord</b>	<b>Pas</b>	<b>En</b>	<b>En</b>
<b>profond</b>				
<b>d'accord</b>		<b>certain</b>	<b>désaccord</b>	<b>désaccord</b>

*Exemple :* J'aime aller au cinéma. (si vous aimez de temps à autre aller au cinéma, vous choisirez le numéro 2.)

<b>1</b>	<b>(2)</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
----------	------------	----------	----------

Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :	Profondément d'accord	D'accord	Pas certain	En désaccord	En profond désaccord
1. J'ai souvent l'impression que je ne peux pas très bien m'occuper de mes tâches quotidiennes.	1	2	3	4	5
2. Je me retrouve à sacrifier une partie de ma vie plus grande que prévue à répondre aux besoins de mes enfants.	1	2	3	4	5
3. Je me sens coincé(e) par mes responsabilités de parent.	1	2	3	4	5
4. Depuis que j'ai cet enfant, il m'a été impossible de faire des choses nouvelles et différentes.	1	2	3	4	5
5. Depuis que j'ai un enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que j'ai la possibilité de faire les choses que j'aime.	1	2	3	4	5
6. Je suis mécontent(e) du dernier vêtement que je me suis acheté(e).	1	2	3	4	5
7. Il y a un bon nombre de choses qui me tracassent en ce qui concerne ma vie.	1	2	3	4	5
8. Avoir un enfant a causé plus de problèmes que j'avais prévu dans la relation avec mon (ma) partenaire.	1	2	3	4	5
9. Je me sens seul(e) et sans ami(e).	1	2	3	4	5
10. Lorsque je vais à une soirée, je m'attends habituellement à ne pas avoir de plaisir.	1	2	3	4	5
11. Je ne suis plus autant intéressé(e) aux gens que je l'étais auparavant.	1	2	3	4	5
12. Je n'ai pas autant de plaisir qu'auparavant.	1	2	3	4	5
13. Mon enfant fait rarement des choses qui me font plaisir.	1	2	3	4	5
14. La plupart du temps, j'ai l'impression que mon enfant m'aime et qu'il veut être près de moi.	1	2	3	4	5
15. Mon enfant me sourit beaucoup moins que je m'y	1	2	3	4	5

attendais.					
16. Lorsque je fais quelque chose pour mon enfant, il me semble que mes efforts ne sont pas très appréciés.	1	2	3	4	5
17. Lorsque mon enfant joue, il ne rit pas souvent.	1	2	3	4	5
18. Mon enfant ne semble pas apprendre aussi rapidement que la plupart des autres enfants.	1	2	3	4	5
19. Mon enfant ne semble pas sourire autant que la plupart des autres enfants.	1	2	3	4	5
20. Mon enfant n'a pas autant de capacités que je m'y attendais.	1	2	3	4	5
21. Mon enfant s'habitue difficilement à de nouvelles choses et seulement après une longue période.	1	2	3	4	5

22. J'ai l'impression d'être:

1. un très bon parent;
2. un meilleur parent que la moyenne;
3. un aussi bon parent que la moyenne;
4. une personne qui éprouve certaines difficultés à être parent;
5. un parent qui ne joue pas très bien son rôle de parent.

<b>Veillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :</b>	<b>Profondément d'accord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Pas certain</b>	<b>En désaccord</b>	<b>En profond désaccord</b>
23. Je m'attendais à avoir des rapports plus étroits et plus chaleureux avec mon enfant que ceux que j'ai présentement et cela me préoccupe.	1	2	3	4	5
24. Quelquefois mon enfant fait des choses qui me dérangent juste pour être méchant.	1	2	3	4	5
25. Mon enfant semble pleurer ou pleurnicher plus souvent que la plupart des enfants.	1	2	3	4	5
26. Mon enfant se réveille en général de mauvaise humeur.	1	2	3	4	5
27. J'ai l'impression que mon enfant possède une	1	2	3	4	5



humeur instable et qu'il se fâche facilement.					
28. Mon enfant fait certaines choses qui me dérangent beaucoup.	1	2	3	4	5
29. Mon enfant réagit vivement lorsqu'il se produit quelque chose qu'il n'aime pas.	1	2	3	4	5
30. Mon enfant s'emporte facilement pour des petites choses.	1	2	3	4	5
31. L'horaire de sommeil ou de repas de mon enfant a été beaucoup plus difficile à établir que je croyais.	1	2	3	4	5

32. J'en suis arrivé à penser que d'amener mon enfant à faire quelque chose ou de l'amener à cesser de faire quelque chose est:

1. beaucoup plus difficile que je croyais;
2. un peu plus difficile que je croyais;
3. aussi difficile que je croyais;
4. un peu plus facile que je croyais;
5. beaucoup plus facile que je croyais.

33. Réfléchissez bien et comptez le nombre de choses que votre enfant fait qui vous dérangent. Par exemple: flâner, refuser d'écouter, réagir avec excès, pleurer, couper la parole, se battre, pleurnicher, etc. Veuillez choisir le numéro qui correspond à ce que vous avez calculé:

1. 1 – 3
2. 4 – 5
3. 6 – 7
4. 8 – 9
5. 10 ou plus

<b>Veuillez inscrire jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec :</b>	<b>Profondément d'accord</b>	<b>D'accord</b>	<b>Pas certain</b>	<b>En désaccord</b>	<b>En profond désaccord</b>
34. Il y a certaines choses que mon enfant fait qui me dérangent vraiment beaucoup.	1	2	3	4	5
35. Mon enfant est devenu plus problématique que je m'y attendais.	1	2	3	4	5

36. Mon enfant exige plus de moi que la plupart des enfants.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

*Note.* Les items 1 à 12 correspondent à l'échelle de détresse parentale, 13 à 24 à l'échelle interactions parent-enfant dysfonctionnelles et les items 25 à 36 font référence à l'échelle enfant difficile.